Conto corrente con la Posta

Periodico trimestrale



Anno 1921

Volume II.

ARCHIVIO GENERALE DI NEUROLOGIA PSICHIATRIA E PSICOANALISI

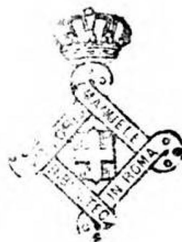
FONDATO DA

M. LEVI BIANCHINI *(Nocera Inferiore)*

E DIRETTO IN COLLABORAZIONE CON

Fascicolo II e ultimo del Volume II pubblicato il 30 dicembre 1921.





NAPOLI
R. Stabilimento Tipografico Francesco Giannini & Figli
Via Cisterna dell'Olio
1921

CESARE LOMBROSO: UN GRANDE INIZIATO

di M. Levi Bianchini

(Nocera Inferiore)

A dodici anni di distanza, quasi, nel tempo, dal trapasso mortale, Verona ha discoperto ai posteri, nel settembre del 1921, il simulacro rammentatore del suo più grande figlio, del mio maestro dilettissimo.

Ma non soltanto nella luce serena della bella piazza atesina avrebbero dovuto le generazioni degli uomini onorarlo in offerta di gloria: ma sì nella Città eterna, sul sommo del Gianicolo, ove un altro Liberatore, angelico e ribelle, addita il sentiero della luce e della fede, nel conspetto dei mortali, cui sopravvive in eterno.

***

Ebreo. Come Mosè. Come Gesù di Nazareth, il dolce figlio divino. Come Benedetto Spinoza, il matematico della morale. Come Marx, il Gesù nuovo del proletariato.

***

La configurazione dinamica, l' essenza reale del delitto è il prodotto della morbosità costituzionale o acquisita sì dell' uomo criminale (delinquente nato, o d' occasione, o di passione, o per conclamato morbo mentale) che dell' ambiente in cui egli è nato e vissuto.

La pena che la Società - giudice supremo - infligge al colpevole non può quindi venir più commisurata soltanto alla quantità, alla sostanza, alla forma giuridica tradizionale del delitto: ma va commisurata alla somma dei fattori ereditari, degenerativi, ambientali, estranei alla volontà subbiettiva, per forza dei quali si è maturato quel morboso dinamismo che ha fatto esplodere e consumare il delitto nella sua forma terminale.

L' implacabilità della formola classica - tale il delitto, tale la pena — va distrutta. L'assoluto teorico è la negazione del relativo reale: il delitto astratto è una concezione di negazione come lo è quella della pena immutata ed immutabile.

L' uomo è figlio dei genitori, degli antenati, della società: ne assorbe in innocenza sì le tare nefaste della miseria, della lue e dell'esempio criminoso — in un' età in cui non è nè può essere conscio di sè e indipendente — sì gli influssi benefici della dovizia morale e materiale, ove più generosi sian stati verso di lui il capriccio e la sorte del nascere o del divenire.

In ogni caso quindi il delitto dev' essere studiato, condannato o graziato, *nell'uomo delinquente*; non nella propria ischeletrita *figurazione giuridica*: e va considerato come il prodotto biopatologico di fattori storici ed umani, individuali e collettivi,

riconoscibili e classificabili con lo studio morfologico, psicologico, clinico, dell' essere « u o m o ».

Questa, la iniziatica concezione, rinnovatrice e sociale, del genio lombrosiano. Questa la nuova formola di interpretazione naturalistica del crimine e della malvagità: che ha distrutte per sempre, solo dopo centinaia di secoli, le premesse mummificate degli ius penali arcaici, romani, medioevali, canonici ed ha creato un nuovo diritto eugenico ed euprassico. Questa, pur sfrondata dalle illazioni necessariamente esagerate di ogni caposcuola e di ogni corrente rivoluzionaria, la dottrina più umana, più santamente cristiana, più rigorosamente scientifica della genesi e della natura morbosa del delitto, che aveva avuto per precursori luminosi CESARE BECCARIA e GASPARE VIRGILIO, italiani.

***

Quando Lombroso creò la teoria positiva del delitto, pochi mezzi trovò a sua disposizione per l' impresa enorme: le misurazioni del corpo da lui portate ad un grado estremo di indagine e le prigioni d' Italia. Ma vi aggiunse il suo genio. Tanto bastò per fissare i tipi morfologici del delinquente sopra un materiale enorme. Lombroso raccolse tutto, guardò tutto e tirò le somme. Quando annunciò che il delinquente di date categorie si poteva riconoscere in base a certe formole di misurazione fisica, il mondo scientifico si ribellò in derisione. Non comprese il mondo degli scienziati – che tale parte aritmetica era la veste esteriore della dottrina: la più tangibile ed attaccabile, è vero, ma la meno sostanziale. Non comprese che la dottrina non era compresa in un problema di morfologia umana, ma in una formola nuova, universale, enormemente feconda, di etica sociale, di profilassi morale, di filosofia naturalistica.

Il mio nobile, generoso maestro fu schernito, fu attaccato violentemente, fu detto pazzo, sopratutto dai francesi. Non si turbò e continuò l' opera. La scuola italiana sorta dalla sua spinta diede nuovi, meravigliosi prodotti con le opere di FERRI, GAROFALO, LASCHI, SIGHELE: gli stranieri finirono per accettare della dottrina le parti sostanziali: i giuristi la bevvero avidamente.

Nei tribunali di tutto il mondo Lombroso trionfò subitamente: non nelle cattedre, spesso oscure come il lume di chi le occupa. Nella società, nel cuore degli uomini, nella luce dei custodi della Giustizia. La perizia medicolegale dei delinquenti se ne impadronì a salvazione di tanti colpevoli, in parte o in tutto innocenti: e lo studio antropologico-criminale dell' uomo delinquente sconvolse siffattamente la antiquata sanie filosofica del diritto penale classico, che oggi essa è quasi scomparsa.

Ma anche la scienza ha fatto oggi ammenda del suo misoneismo paradossale. Ogni innovatore – re dell' intuizione – trova nella scienza costituita il nemico più formidabile: nella scienza quand' essa, orgogliosa dei suoi risultati apparentemente inoppugnabili, ritiene esser divenuti questi verità dogmatiche. Non vuole, la scienza, che essere e divenire, cioè trasformarsi, sia tutt' uno: e che l' essere senza divenire voglia dir morire. Ma tant' è: nè luce nè verità si rivelano d' un tratto e l' iniziazione è rara prerogativa di pochi eletti.

Oggi noi possediamo, sulla genesi delle degenerazioni e perversioni fisiche e morali, cioè sulle condizioni reali e necessarie delle emozioni,

delle passioni, delle nevrosi e quindi dei delitti, conoscenze infinitamente più esatte di cinquant'anni fa: e ne scopriamo alle volte, con sufficiente chiarezza, i meccanismi determinativi psicologici, fisiologici e ambientali.

***

La fisiologia sperimentale associata alla clinica, ha infatti scoperto recentemente (per dare qualche esempio) che la sede anatomica ove si elaborano i primi stati emozionali bruti, sarebbe una parte bassa del cervello (corpo talamico), già molto lontana dalla corteccia, sede del pensiero: e che le emozioni sono ancora condizionate a variazioni nervose, specie di certi sistemi (simpatico e autonomo) dipendenti a lor volta dal disturbo o prevalenza funzionale di determinate secrezioni fisiologiche: veri fermenti del sentimento e dell'intelletto (tiroide, surrenali) come la pepsina, la diastasi, le enzimasi sono i fermenti della alimentazione e della digestione, (dottrina neuro-endocrina delle emozioni).

Si sa ancora che le malformazioni del cervello per tare ereditarie, per infiammazioni infantili e anche tardive sono sufficienti per dare l'imbecillità, l'idiozia, la demenza, la perversione morale e le reazioni criminali correlative: e che perfino una malattia comune interna (tubercolosi) o chirurgica, può trasformare sostanzialmente il carattere e la reattività morale dell'individuo.

Ricordo a proposito che alcuni anni or sono fu presentato ed ampiamente illustrato in una Società di Psichiatria di Parigi il caso di un bravo ragazzetto di 9 anni, il quale era divenuto improvvisamente violento, crudele, perfido, feritore. Cerca, punisci e picchia, genitori e medici non arrivavano a scoprire il perchè della mutazione strana.

Alcuni mesi dopo il ragazzetto presentò disturbi nella minzione: fu visitato da un chirurgo che trovò un calcolo in vescica. Il bambino fu operato: ritornò istantaneamente buono e docile com'era sempre stato, prima della malattia.

Molti autori, fra cui il nostro Agostini, hanno descritti casi di tumori cerebrali con profonde perversioni del carattere, dell'istinto sessuale, e tendenze criminali. E via di questo passo.

Ecco adunque Lombroso vendicato e rivendicato. Ecco la luce non più debole della nuova Verità precorritrice che rompe le tènebre misoneiste ed illumina in trionfo il sentiero già designato dall'Intuito immortale.

***

Due altri titoli di gloria spettano a Lombroso: gli studi sul genio e quelli sulla pellagra.

La teoria epilettica del genio non resiste ad una critica imparziale nè alle recenti acquisizioni sulla citoarchitettonica corticale: ma ha il pregio grandissimo di aver messe in rilievo le infinite anomalie dell'uomo di genio, il quale tuttavia, e indubbiamente, ha contato fra i suoi tipi più rappresentativi, molti epilettici genuini, in tutte le epoche, antiche e moderne, della storia universale.

La dottrina tossica della pellagra, invece, solo ampliata dalle nuove conoscenze sulle avitaminosi (alimentazioni parziali, che nell'italiano Centanni hanno uno dei più illustri studiosi) regge tuttora e si mantiene salda in confronto delle infinite e spesso strampalate dottrine

eziologiche inventate a spiegare l'ormai scomparente flagello (dottrine infettive, protozoariche, igriche, aspergillosiche ecc.).

Anche in questo campo, quando Lombroso dimostrò arditamente l' avvelenamento sperimentale da mais guasto nei polli e ne riprodusse la sindrome, si gridò all' eresia e lo si accusò di ciarlataneria e perfino di falsità.

Ciarlatano e falso : quest'uomo tutto pervaso dall'amor del Vero e dalla fede nello sperimento : che fu povero di danaro ma ricco di generosità tanto che chiamava maestri suoi i suoi scolari : che non volle esser nulla, se non un sacerdote del Bene : che non volle nè onori nè gloria, dagli uomini, ma che ebbe dagli uomini e dalla Storia la consacrazione immortale del Rinnovatore e dell' Iniziato.

Gli studi moderni nulla adunque hanno tolto a ciò che Lombroso scoperse sulla patogenesi della pellagra. E questa ancora oggi un avvelenamento da mais e da alimentazione unilaterale in persone povere mal nutrite e incapaci di procurarsi cibi chimicamente più complessi e più ricchi di vitamine : è dunque una malattia da carenza, una specie di scorbuto che si combatte unicamente col miglioramento, con l' aumento e sopratutto con la varietà della vittitazione. Malattia quindi eminentemente sociale e facilmente eliminabile.

***

Universale e supremamente morale è stata la portata sociale della riforma lombrosiana. La sua dottrina biologica del delitto ha influito in modo incalcolabile e definitivo sulla valutazione del bene e del male; ha rovesciato per sempre la feroce implacabilità del diritto penale classico ; ha proposti al primo piano dello studio sulla condotta umana i problemi basali della profilassi contro l' ereditarietà morbosa, contro il vizio, il contagio morale, il pauperismo. Ha data una nuova spinta vigorosa alla riforma della pubertà criminale con la prevenzione – non con la repressione—del delitto ed a quella delle dottrine carcerarie : ed ha accomunati infine sulla piattaforma dell' azione sociale ed eugenica, il legislatore, l'economista, il governante, il medico, l'alienista in un'unica feconda concorrenza di lavoro per il risanamento fisico e per l' elevazione morale del genere umano.

La bontà iniziatica e la purezza del Maestro hanno impresso al movimento riformatore la loro stimma divina : curare ed amare il prossimo quand' è in colpa, in miseria, in difetto : non mai condannarlo solo perchè è in colpa.

Imperocchè, se v' ha spesso, nel delitto, gran colpa, v' ha spesso grande sventura ; e sì all' una che all' altra vanno offerti dall' uomo all' uomo la catarsi della pietà e il balsamo della sanazione.

***

Tale è la sostanza immodificabile della dottrina di Lombroso : sostanza e parte di quelle Luce Essenziale che solo dall' Intelletto Supremo promana e deriva.

Epperò al grande Iniziato, che fu tutto luce di bontà e di giustizia va ripetuto dagli uomini di buona volontà, in reverenza, ora e sempre: tu Duca, tu Signore, tu Maestro.

Ottobre 1921.

LA "PSICOANALISI SELVAGGIA" DI S. FREUD.

del Dott. E. Weiss
(TRIESTE)

Il professore Levi Bianchini, fiducioso nella sua intuizione scientifica, accettò primo in Italia, fin dal 1913, la psicoanalisi come scienza seria ed importante: ebbe anche non poco coraggio di mostrarcelo apertamente commentando alcuni concetti psicoanalitici nella sua opera sull'Isterismo e traducendo nella nostra lingua vari lavori psicoanalitici. Egli ha continuato il suo compito con la fondazione della « Biblioteca Psicoanalitica Italiana » che indubbiamente metterà a giorno gli studiosi italiani sull'essenza e sulle idee principali di questa nuova scienza, la quale conta - si può dire - non più di 30 anni di età: ed ha messo in servizio della Psicoanalisi anche questo periodico intitolato « Archivio generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi ». Parlo di non poco coraggio nominando questo aperto atteggiamento del prof. Levi-Bianchini perchè è cosa ben nota come venga giudicata la psicoanalisi da noi, e specialmente da coloro che nel campo psichiatrico godono la massima stima - giustificatissima sì per vari loro meriti. Tranne singole eccezioni di « moderati » la più parte espone la psicoanalisi come un prodotto balordo di menti patologiche, di cui l'applicazione pratica se non può recare vantaggio, può bensì danneggiare di molto.

Chi non ha studiato la psicoanalisi non sa che questi giudizi si basano su un'ignoranza assoluta delle dottrine psicoanalitiche, non immagina che questi critici non hanno esposto che contraffazioni di dottrine e tecniche psicoanalitiche, ed hanno affibbiato alla psicoanalisi vedute che questa scienza non insegna e che persino combatte. Questi critici non sono in grado di controllare le asserzioni psicoanalitiche neanche nel caso più semplice non avendo essi la più pallida idea delle regole tecniche. Ma ciononostante si compiacciono di manifestarsi apertamente in proposito.

Il titolo di questo periodico ci impegna di trattarvi anche temi psicoanalitici. Ma per chi sarebbero destinati questi temi, visto che in Italia la psicoanalisi è così poco e così male conosciuta? La psicoanalisi è una scienza difficilissima; ci vuole dell'applicazione di anni per apprenderla; essa lavora con concetti del tutto estranei alla psichiatria ed alla neurologia, estranei perfino alla usuale psicologia, con la quale potrebbe bensì fondersi arricchendola immensamente. Ma questa fusione per quanto desiderabile, non è ancora effettuata.

In Austria, Germania, Ungheria, Svizzera, Olanda, Inghilterra ed America vi sono dei periodici dedicati esclusivamente alla psicoanalisi. Un neurologo od un psichiatra non psicoanalista che leggesse un qualsiasi brano di questi periodici, si troverebbe come un turco alla predica. Eppure non siamo lontani dal giorno in cui non si potrà più

immaginarsi uno studio serio di psichiatria senza previa acquisizione di profonde cognizioni psicoanalitiche, altrettanto come oggigiorno uno studio proficuo di morfologia deve presupporre una salda preparazione in istologia.

Io sono dunque d'avviso che oggi in questo periodico non si può trattare di psicoanalisi altrimenti che soltanto esponendo ab ovo in varie riprese i concetti più elementari di questa disciplina.

E ora notiamo una circostanza che ha di molto discreditata la psicoanalisi. Se un medico o preteso medico qualunque, asserendo di intervenire conforme le prescrizioni della sua scienza, espone al vento ed al freddo un malato di polmonite, a nessuno verrà in mente di incriminare la scienza medica di aver ucciso ammalati per mezzo di applicazioni che essa insegna. Purtroppo così non si giudica trattandosi di interventi psicoanalitici ; poichè i nostri critici in un caso analogo dicono : « Ecco quanto insegna la psicoanalisi ! ».

Colgo quindi l' occasione per riprodurre un articoletto di Freud comparso la prima volta nel « Zentralblatt für Psychoanalyse, (Bd. I. 1919), intitolato « Ueber wilde Psychoanalyse » (che vorrebbe dire « psicoanalisi selvaggia ») e che l'illustre Caposcuola mi ha cortesemente autorizzato di tradurre.

Psicoanalisi « selvaggia »

« Nella mia ora di consultazione si presentò pochi giorni or sono una signora piuttosto attempata in compagnia di un'amica : si lagnava di stati d' angoscia. Una donna nella seconda metà della quarantina, abbastanza bene conservata, che manifestamente non aveva ancora messe da parte le sue esigenze di femmina. La causa di questo stato morboso era la separazione dal suo ultimo marito ; ma secondo lei l' angoscia era aumentata in modo rilevante dopochè aveva consultato un medico giovane della propria città. Questi le aveva spiegato essere il suo bisogno sessuale la causa dell' angoscia ; certamente essa non avrebbe potuto fare a meno dei rapporti sessuali con l' uomo e perciò non le resterebbero che tre mezzi per riacquistare la salute : o dovrebbe ritornare presso suo marito o prendersi un amante o soddisfarsi da sè. Da quell' istante in poi essa è persuasa di essere inguaribile poichè non vuole far ritorno presso suo marito e gli altri due espedienti contrastano con la sua morale e religiosità. Ella è venuta però da me avendole il medico detto essere mio merito l' aver acquistate queste nuove conoscenze nel campo delle neurosi : la consigliò ancora di venire da me per averne la conferma e per convincersi che le cose stavano così e non altrimenti. L'amica, una signora più vecchia, dall'aspetto appassito e malsano mi scongiurò poi di garantire alla paziente che il medico aveva errato.. « ciò non può essere vero; ella stessa è da molti anni vedova e si è comportata irreprensibilmente, senza soffrire d' angoscia. »

Non voglio occuparmi della situazione difficile, nella quale fui cacciato da questa visita, ma voglio illuminare la condotta del collega, che m' inviò questa paziente. Ma forse, o sperabilmente, non sará superfluo anzitutto di tener conto di un certo atteggiamento contro il quale voglio premunirmi. L' esperienza di molti anni mi ha insegnato, come avrebbe potuto insegnarlo a qualsiasi altro, di non accettare ad occhi chiusi per vero quello che pazienti, e sopratutto pazienti nervosi, raccontano del loro medico. Il medico dei nervi non diventa soltanto in

ogni forma di cura da lui applicata, facilmente l' oggetto, sul quale si concentrano diverse ostilità del paziente; egli deve qualche volta assoggettarsi al fatto di prender su di sè, per colpa di una specie di « proiezione », la responsabilità dei secreti desideri respinti dalla persona nervosa nel fondo della sua coscienza. Che in questo caso tali reazioni di vendetta affettiva, dirò così, non trovino in nessun luogo più facilmente fede che presso altri medici, è un fatto triste ma vero e caratteristico.

Ho perciò il diritto di sperare che la signora nel mio ambulatorio mi abbia fornita una relazione tendenziosamente contraffatta di quanto veramente disse il suo medico: e forse farei a lui, che mi è personalmente sconosciuto, un torto, se collegassi le mie osservazioni sulla psicoanalisi « selvaggia » giusto a questo caso. Ma, forse, con ciò mi riuscirà di trattenere altri dal fare dei torti ai loro malati.

Ammettiamo dunque che il medico abbia proprio parlato così come la paziente mi ha riferito.

Ognuno potrà poi, criticando, dire senz' altro, che è dovere di un medico, ove ritenga necessario di discutere con una signora sul tema della sessualità, di farlo col maggior tatto e col maggior riguardo possibile. Queste pretese coincidono però con l' osservanza di certe prescrizioni tecniche della psicoanalisi; inoltre l' avere il nostro medico misconosciuto o stracapito una serie di dottrine scientifiche della psicoanalisi, dimostra quanto poco egli sia progredito nell' intelligenza della loro essenza e delle loro intenzioni.

Principiamo cogli ultimi, con gli errori scientifici. I consigli del medico lasciano chiaramente riconoscere in che senso egli interpetri la « vita sessuale ». Proprio nel senso popolare, ove per bisogni sessuali non si intendono altro che il bisogno del coito oppure manovre che determinano l' orgasmo e la eiaculazione delle sostanze genitali. Non può esser però rimasto ignoto al medico, che si suole muover alla psicoanalisi il rimprovero, di estender il concetto di « sessuale » di gran lunga all' infuori dei confini usuali. La fattispecie è esatta; se però essa può esser impugnata a titolo di critica, non è qui il momento per metterla in discussione. Dirò solo che il concetto di « sessuale » abbraccia nella psicoanalisi molto di più; in giù ed in su varca di molto i confini del concetto popolare. Questo allargamento si giustifica con lo studio della sua genesi biologica. Noi computiamo alla « vita sessuale » anche lo adempimento di gran numero di sentimenti delicati, che sono scaturiti dalla fonte delle primitive passioni sessuali, anche nel caso che queste passioni abbiano subìto un' inibizione dalla loro finalità sessuale originaria oppure nel caso in cui abbiano commutata questa finalità con un' altra, che non più è sessuale. Per questo motivo noi parliamo anche piuttosto di psico-sessualità e teniamo a non far dimenticare il fattore psichico ed a non farlo tenere in poco conto. Noi usiamo la voce « sessualità » nel medesimo senso lato come il linguaggio comune usa la parola « amare ». Sappiamo anche da un pezzo, che una mancanza di soddisfazione psichica con tutte le sue conseguenze può sussistere anche là ove non manchi un rapporto sessuale normale; come pure, in base alla nostra esperienza, sappiamo che spesso col coito ed altri atti sessuali non si arriva a neutralizzare che soltanto una piccola parte delle aspirazioni sessuali non soddisfatte, le cui soddisfazioni sostitutive, che si presentano appunto in forma di sintomi nervosi, dobbiamo combattere e guarire.

Chi non condivide questa concezione della psicosessualità, non ha diritto di richiamarsi alle norme insegnate dalla psicoanalisi, nella

quale si tratta precisamente dell' importanza eziologica della sessualità. Certo, che chi accentua esclusivamente il fattore somatico nel campo sessuale semplifica molto il problema; ma dovrà però sopportare da solo tutta la responsabilità del suo modo di procedere.

Osservando i consigli dati dal medico alla signora, emerge ancora una seconda cosa stracapita, di non minor importanza.

È esatto ciò che la psicoanalisi sostiene; essere la mancata soddisfazione sessuale la causa di sofferenze nervose. Ma non dice essa forse ancora qualche cosa di più? Si vuole forse mettere in disparte, quale cosa troppo complicata, il fatto sostanziale che essa insegna; cioè che i sintomi nervosi scaturiscono da un conflitto fra due potenze; fra un libido » (di solito diventata immensamente grande) » ed un « rifiuto » troppo severo della sessualità oppure una « rimozione? » Chi non dimentica questo secondo fattore, al quale proprio non fu assegnato il secondo rango, non potrà mai credere, essere la soddisfazione sessuale per sè stessa un rimedio comunemente fidato e sicuro contro le sofferenze dei nervosi. Una buona parte di questi individui non è capace di ottenere una soddisfazione sotto le condizioni date oppure in generale non possono ottenerla affatto. Se a ciò fossero atti, se non avessero le loro resistenze interne, la forza dello stimolo indicherebbe loro la via alla soddisfazione, anche se il medico non li consigliasse a farlo. Che significa dunque un tal consiglio, come quello dato gratuitamente dal medico a quella signora?

Anche nel caso che esso fosse scientificamente giustificato, esso è per lei ineseguibile. Se la signora non avesse delle forti resistenze interne contro la masturbazione o contro una relazione amorosa, essa sarebbe già da lungo tempo ricorsa a uno di questi due espedienti. Oppure è il medico d' avviso che una signora di più di 40 anni non sappia farsi un amante, o forse apprezza egli la propria influenza morale in un modo così esagerato, da credere, che ella senza approvazione medica non possa mai risolversi a un tal passo?

Tutto ciò sembra molto chiaro; pure bisogna confessare che una certa circostanza ostacola spesso un nostro esatto giudizio. Alcuni degli stati nervosi, le cosiddette neurosi attuali, come la neurastenia tipica e la pura neurosi d' angoscia, dipendono manifestamente dal fattore somatico della vita sessuale, mentre non ci siamo ancora fatti una rappresentazione esatta della parte che ha per loro il fattore psichico e la rimozione. In tali casi il meglio da farsi per il medico è di ricorrere dapprima ad una terapia attuale, consigliare cioè un cambiamento nel modo di adempiere le funzioni sessuali somatiche, cioè che egli può fare con pien diritto, se la sua diagnosi è esatta. La signora che consultò il giovane medico, si lamentò anzitutto dei suoi eccessi d' angoscia: il che probabilmente lo indusse a credere, trattarsi di una neurosi d' angoscia; a a ritenersi autorizzato a raccomandarle una terapia somatica.

Di bel nuovo un modo comodo di prendere una cosa per l' altra! Chi soffre d' angoscia non ha necessariamente una neurosi d' angoscia; non si può far derivare questa diagnosi dal suo nome; si devono conoscere i fenomeni che ci autorizzano di parlare di una neurosi d' angoscia e si deve poter distinguerla da altri stati morbosi che si manifestano anche con angoscia. La signora di cui si tratta soffriva secondo il mio parere di un isterismo d' angoscia ed il valore intero, ma anche del tutto bastevole di tali differenziazioni nosogra-

fiche sta in ciò, che esse indicano una eziologia diversa ed una diversa terapia. Chi avesse ritenuto possibile nella detta signora tale isterismo d' angoscia, a costui non sarebbe mai venuto in mente di trascurare i fattori psichici ; il che invece pare sia avvenuto, giudicando dai consigli così diversi dati dal medico alla paziente in questione.

È abbastanza strano in verità che in questa alternativa terapeutica del presunto psicoanalista, non ci sia un po' di posto per la psicoanalisi. Questa signora dovrebbe poter guarire dalla sua angoscia, soltanto facendo ritorno presso suo marito o soddisfacendosi per mezzo della masturbazione o con un amante. E a qual punto dovrebbe subentrare il trattamento analitico, nel quale noi vediamo proprio il mezzo principale per lottare contro le malattie di angoscia ?

Con ciò noi siamo giunti agli errori di indole tecnica, che riconosciamo avvenuti nel procedere del medico incriminato. È un modo di vedere già da un pezzo abbandonato perchè eccessivamente superficiale, quello che ritiene che l' ammalato soffre in seguito ad una specie d' ignoranza ; che egli guarisce se questa ignoranza gli viene tolta, illuminandolo sui rapporti causali della sua malattia con la sua vita, con gli avvenimenti della sua infanzia e così via. Non è infatti questo mancato « sapersi » il movente patogenetico del morbo, ma è la dipendenza di questo mancato « sapersi » da resistenze interne, le quali dapprima hanno dato origine a questo non sapere e che poi e presentemente ancora lo mantengono. Nel combattere queste resistenze sta appunto il compito della terapia analitica. La comunicazione di ciò che l' ammalato non sa, per averlo egli « rimosso » è soltanto una delle preparazioni necessarie alla terapia : infatti se il « sapere » dell' inconscio dovesse essere per l'ammalato tanto importante come lo crede quegli che non è esperto nella psicoanalisi, dovrebbe esser sufficiente, per ottenersi una guarigione, che l'ammalato ascoltasse delle conferenze o leggesse dei libri sull'argomento. Questi provvedimenti invece hanno tanta influenza sui sintomi nervosi come lo ha durante un tempo di carestia la distribuzione di tessere di carta per ottenere degli alimenti che non si possono procurare. Il confronto è anzi valido anche dopo il suo primo uso; poichè il comunicare l' inconscio all'ammalato ha per conseguenza di regola un effetto del tutto opposto : e cioè che il conflitto in lui si acuisce e che le sue sofferenze aumentano.

Non potendo però la psicoanalisi rinunciare a una tale metodica, essa prescrive, che questa non deve avvenire prima che non siano adempiute due condizioni. Primo, sino a che l' ammalato in seguito a discorsi preparatori non sia stato ricondotto in prossimità di quelle costellazioni che ha rimosse ; e secondo, sino a che egli non sia talmente affezionato al medico (traslazione, transfert affettivo, Uebertragung), che i rapporti di sentimento che lo legano a lui gli rendano impossibile una seconda « fuga ».

Solo appena adempiute queste condizioni, ci è possibile di riconoscere le resistenze che provocarono la rimozione e l'ignoranza, mettendoci in grado di superarle. Un intervento psicoanalitico presuppone dunque in ogni caso un contatto più lungo e delicato fra ammalato e medico ; mentre i tentativi di sorprendere l' ammalato all' improvviso comunicandogli bruscamente durante la prima visita i suoi secreti, che il medico ha o crede di aver indovinati di primo acchito, sono tecnicamente biasimevoli e si castigano per lo più da soli attirando sul medico la vivace inimicizia dell' ammalato e troncando ogni ulteriore benefi-

ca influenza. E ciò ancora, senza tener conto del fatto, che quanto si indovina può talvolta essere errato e che non è mai possibile di indovinare tutto. Con queste così semplici ma precise norme tecniche la psicoanalisi costituisce quel « tatto del medico », che è una dote così singolare e rara, ma assolutamente indispensabile specie per il medico dei nervosi.

Non è perciò sufficiente che il medico conosca alcuni risultati della psicoanalisi ; egli deve essersi famigliarizzato con la tecnica, se vuole che il proprio agire da medico sia ispirato da modi di vedere psicoanalitici. Questa tecnica per oggi non si può ancora apprendere dai libri e certamente non si può arrivare ad essa che soltanto con grandi sacrifici di tempo e di fatica e con rinuncia a facili successi. La si impara, come del resto tutte le altre tecniche mediche, solo da quelli che ne sono padroni. Certo, per esprimer un giudizio su questo caso, al quale ho collegate queste mie osservazioni, dovrei conoscere meglio, sì il medico che imprudentemente ha dato tali consigli, sì la signora, alla quale ho dato soltanto brevi consigli del caso.

Certo nè a me nè ai miei amici e collaboratori può essere cosa grata di monopolizzare il diritto d' esercizio di una tecnica medica. Considerati però, i pericoli che scaturiscono dall' esercizio di una psicoanalisi « selvaggia », da parte di medici ignoranti sia per gli ammalati che per la causa stessa della psicoanalisi, non ci rimase altra via di scampo che di fare il passo seguente : Nella primavera del 1910 abbiamo fondato una Associazione Psicoanalitica Internazionale, i cui membri, rendendo pubblico il loro nome, dichiarano aderirvi come soci ; ciò per poter separare nettamente la responsabilità propria da tutti quelli, che non essendo soci, ma credendosi competenti in psicoanalisi, chiamano arbitrariamente il loro procedere medico e terapeutico col nome della «Psicoanalisi ». In verità tali analitici selvaggi danneggiano molto più la causa nostra che non un singolo ammalato. Eppure, con tutto ciò, ho avuto spesso l'occasione di osservare, che un modo di procedere così inetto , se anche dapprima ebbe per conseguenza un peggioramento nello stato dell' ammalato, gli servì alla fine pure in prò della sua salute. Questi infatti , dopo aver imprecato per un tempo abbastanza lungo contro del medico e quando si credeva sufficientemente lontano dalla sua influenza, s'accorse che i sintomi si affievolivano ;oppure egli si decise ad un passo, che stava già sulla via della guarigione. Il miglioramento finale venne poi « da sè », oppure venne ascritto ad una cura del tutto indifferente di un medico al quale in seguito era ricorso. Osservando il caso della signora, la cui accusa contro il medico noi abbiamo udito, vorrei essere dell' opinione, avere quel psicoanalista selvaggio pur fatto di più per la sua paziente che qualsiasi autorità di grande riputazione, che le avesse fatta una diagnosi pomposa di « neurosi vasomotoria ». Egli ha diretto la di lei attenzione verso la causa reale delle sue sofferenze oppure l' ha posta nella prossima vicinanza di questa ; questo intervento non sarà rimasto di certo senza effetti favorevoli, ad onta di tutta la recalcitranza della paziente. Ma egli ha danneggiato sè stesso e aiutato ad aumentare i pregiudizi e preconcetti che in seguito a resistenze affettive , comprensibili negli ammalati, si formano a danno di ciò che fa il psicoanalista. E questo può e deve essere evitato ».

Da quanto esposto risulta con evidenza quanto sia giustificata la fondazione della Associazione psicoanalitica internazionale. Dal 1910 in poi la lista dei soci è andata rapidamente aumentando ed è ancora in crescere. Sono state formate delle filiali che risiedono nei paesi in cui l' analisi ha preso radice, cioè nei paesi tedeschi, anglosassoni, nell' Olanda e nell' Ungheria. La proficua collaborazione dei soci ha spinto questa nuova scienza a uno sviluppo mai sperato ed ha aumentato di molto le previsioni per il futuro. Finora hanno avuto luogo già sei Congressi psicoanalitici internazionali, dei quali l' ultimo fu tenuto dopo la guerra nel settembre del 1920 all' Aia.

A guerra finita fu versato nelle mani di due personaggi, dei quali uno è rimasto ignoto e l' altro era il borgomastro di Budapest, una ingente somma di danaro che rappresentava una parte dei guadagni fatti da un' impresa industriale. Questa somma doveva esser dedicata « a scopi di coltura » e stava ai due personaggi di sceglierne l' impiego. Fu unanimemente deciso di devolvere l' intero importo alla diffusione della Psicoanalisi e a questo scopo fu creato un fondo che venne battezzato col nome del geniale creatore della nuova scienza S. Freud e d' accordo con lui venne istituita la Casa editrice psicoanalitica internazionale-Vienna. Inoltre dagli interessi del capitale vengono pagati annualmente due premi ai migliori lavori su argomento psicoanalitico.

L' Internationaler Psychoanalytischer Verlag pubblica ancora due periodici destinati alla diffusione della nuova dottrina: la « Internationale Zeitschrift für » Psychoanalyse » destinata a lavori di fondo: e la « Imago » più particolarmente dedicata alla psicoanalisi applicata.

Trieste, ottobre 1921.

DAL LABORATORIO ANATOMOPATOLOGICO
della R. Clinica Neuropatologica di Roma
diretta dal Prof. G. MINGAZZINI

ULTERIORI STUDII SOPRA I DUE NUOVI NUCLEI NEL MESENCEFALO DELL' UOMO

(con due Tavole)

del Prof. Dott. CASIMIRO FRANK
libero docente ed aiuto volontario

Dapoichè i due nuovi nuclei cioè il n. SUBFASCICULARIS ed il n. INTRACOMMISURALIS nel mesencefalo dell'uomo furono da me notati per la prima volta (1) in un caso di taboparalisi (2) fu necessario eseguire ulteriori indagini per meglio studiare l' anatomia dei nuclei stessi in un cervello normale. A tale scopo fu prescelto il cervello di un bambino dell' età di 2 anni. L' autopsia è stata eseguita 2 ore dopo la morte. Il cervello fu fissato in alcool assoluto ed i preparati colorati col metodo di Nissl (circa 150 tagli in serie). Infatti il presente studio istopatologico, come vedremo meglio in seguito, ha permesso di meglio precisare la forma ed il decorso dei due nuclei mesencefalici in parola.

Comincio la descrizione con il

1. NUCLEUS SUBFASCICULARIS (v. Tav. 1 e 2, n. 1'', 2'' e 1) giusta quanto abbiamo già esposto nel lavoro precedente questo nucleo incomincia all' altezza del nucleo del IV pajo (in corrispondenza del limite superiore della commessura di WERNEKINCK ed è situato ai due lati ed al disotto del *fasciculus longitudinalis posterior* (*pars lateralis*), ed al disotto del nucleo posteriore del rafe (*pars medialis*) dal quale ultimo è nettamente separato dalle fibre dello stesso fascicolo (qualche cellula sparsa si trova anche fra le fibre del detto fascicolo). Nelle sezioni anteriori il nucleo in parola ha una forma a ferro di cavallo, dimodochè il nucleo stesso può essere diviso in due parti, cioè in una *pars lateralis* ed una *medialis* (v. sopra). Nelle sezioni posteriori, il nucleo diminuisce di volume, assume una forma allungata quasi ovale; ed è situato quasi esclusivamente sulla linea mediana sempre al disotto del *nucleus rapheos posterior*.

All'immersione il nucleo appare formato da cellule (in tutto circa 50) polimorfe, globose di cui alcune piramidali, poligonali di forma un po' allungata e di varia grandezza, alcune con 3-4 prolungamenti. In alcune

1) C. Frank -- Sopra due nuovi nuclei nel mesencefalo dell' uomo « Quaderni di Ps. » Anno VII 1920 N. 1-2.

2) idem Ueber die Lokalisation in den Augenmusk. u. zwei noch unbek Kerne in Mittelh d. Menschen « Journal f. Ps. u. Neur. » Bd. 26, 1921.

cellule il nucleo è eccentrico alla periferia e piuttosto piccolo, in altre di media grandezza, le zolle di Nissl bene sviluppate. In complesso, la grandezza di queste cellule è inferiore a quelle del nucleo situato al disotto, che abbiamo descritto con il nome di nucleus intracommissuralis. Ciò è di massima importanza per stabilire la divisione tra i due nuclei in parola i quali nelle sezioni anteriori a debole ingrandimento appaiono confluenti. Al contrario nelle sezioni posteriori la separazione di entrambi nuclei appare facile e precisa. Infatti qui sia il nucleus subfascicularis, sia il nucleus intracommissuralis diminuiscono entrambi di volume, dimodochè tra i due nuclei in parola rimane uno spazio libero (v. fig. 2). Il presente studio istopatologico mi ha permesso inoltre di stabilire il limite inferiore del nucleus subfascicularis; ciò che mi era impossibile nel lavoro precedente. Occorre ricordare che l' esatta definizione del limite pontino del nucleo stesso è di somma importanza anatomica e ciò per le seguenti ragioni. Com'è noto infatti nel tegmento del ponte (e nella regione limitrofa di passaggio verso il mesencefalo) esistono sottostanti al fascio longitudinale posteriore e specialmente accumulate al lato del rafe, numerose cellule nervose che formano il nucleo detto nucleus centralis superior (Becheterew, Cajal) ossia nucleo del rafe pontino, diviso in altrettanti gruppetti per mezzo di grossi fasci di fibre trasversali (fasciculi nuclei centralis superioris, Obersteiner). Ora dalle mie indagini fatte risulta esplicitamente che siffatto nucleo è assolutamente diverso da quello da me descritto col nome di nucleus subfascicularis, il quale appunto comincia e decorre insieme alla commessura di Werneckink, laddove il nucleo del rafe pontino termina in corrispondenza del punto dove il rafe è attraversato dall' incrociamento delle fibre dei peduncoli cerebellari superiori (Obersteiner, Sterzi, ecc). Non vi è dubbio, quindi, che dove comincia l'uno termina l' altro, ed io ho potuto osservare che il nucleus subfascicularis, nei tagli in serie comincia soltanto dopo che il nucleus centralis superior, è completamente scomparso, dimodocchè tra i due nuclei suddetti non esiste alcun rapporto anatomico diretto. Occorre rilevare ancora che il nucleus subfascicularis raggiunge il suo massimo sviluppo nel mesencefalo (all' altezza del IV.° paio), mentre il nucleus rapheos pontinus, al contrario, ha nel ponte le sue origini e la massima astenzione. Anche la forma dei due nuclei in parola è differente: mentre il nucleus subfascicularis ha una forma a ferro di cavallo dapprima e ovale poi, il nucleus centralis superior è formato da gruppi irregolari di cellule, separati tra di loro da grosse fibre trasversali. Da ciò si inferisce che i due nuclei in parola non possono mai essere scambiati perchè, come dimostra il presente studio, sono differenti e bene individualizzati, se pure la loro topografia (per il fatto che entrambi sono situati al disotto del fascicularis longitudinalis posterior, sia identica. Si può quindi legittimamente conchiudere che il nucleus subfascicularis rappresenta realmente un nucleo nuovo del mesencefalo umano.

2) Nucleus intracommissuralis (Wernekincki) (Tav. 1 e 2 n. 5 e 4). Un nucleo mai fin' ora descritto che occupa tutta l' altezza della commessura di Wernekincki. Il suo limite superiore ed inferiore corrisponde esattamente ai limiti della commessura stessa.

I gruppi cellulari che formano il nucleo in parola confinano con le cellule del sopradescritto nucleus subfascicularis (v. sopra). Mentre, nel caso descritto nel mio lavoro precedente il nucleo appariva specialmente nella sua parte dorsale alquanto irregolare,nel caso presente (cervello normale), il nucleo è regolare, bene sviluppato, con numerose cellule che formano un vero e proprio nucleo unico. La forma del nucleo intracommessurale (che ricorda quella del nucleo oculomotore principale) è oblunga e quasi rettangolare, dimodocchè esso forma in mezzo alle fibre dei peduncoli cerebellari superiori due colonne che non hanno limiti netti. Le cellule colpiscono per la loro grandezza, e forma caratteristiche di modo che facilmente si riconosce il nucleo e si riesce differenziarlo dal sopradetto nucleo subfascicolare anche a debole ingrandimento. All' immersione le cellule appaiono con due o tre prolungamenti e con discreto protoplasma, contengono un nucleo grosso ed un piccolissimo nucleolo e sono quasi tutte della stessa grandezza, cioè uniformi, a tipo allungato, fusiformi. La sostanza cromatica non è molto abbondante. Le cellule sono più numerose nei tagli prossimali nella parte dorsale del nucleo (circa 50 per parte) mentre nella parte ventrale esse sono meno numerose (circa 30) e nei tagli distali ancora più scarse (circa 20).

Dopo aver qui ampliato e completato lo studio istopatologico e meglio precisata la topografia e la morfologia dei due nuovi nuclei mesencefalici del cervello umano normale, ho iniziato le ulteriori indagini che riguardano l' anatomia comparata e la fisiopatologia dei nuclei stessi.

TAVOLA I (spiegazione).

Fig. 1. Taglio frontale attraverso il mesencefalo umano a livello della parte media del trocleare (preparato N. 43) Microfot. Leitz. oc. 4, obj 1 (Leitz) lunghezza del tubo = 62.5.

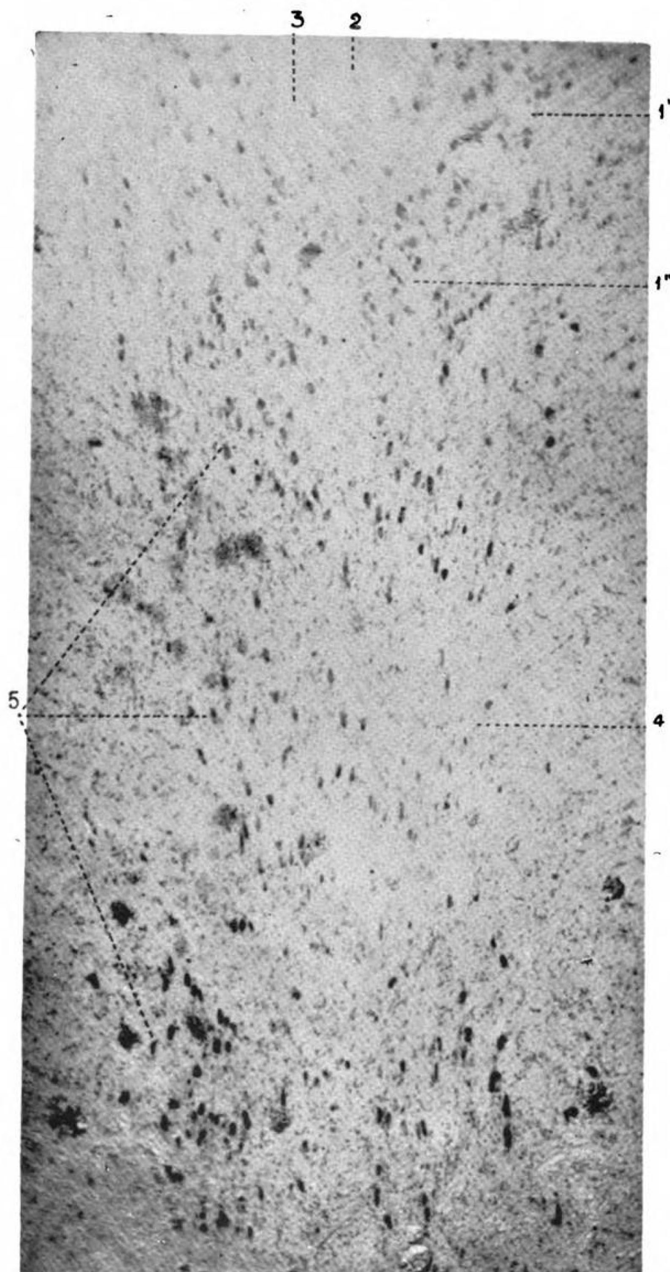
1. Parte prossimale del nucleus subfascicularis (a forma di ferro di cavallo) con le sue due parti 1' Pars lateralis e 2" Pars medialis. 2. Pars inferior nucl. rapheos post. 3. Fasciculus longitudinalis posterior 4. Commessura di Wernekinck. 5. Nucleus tracommissuralis Wernekincki.

TAVOLA II.

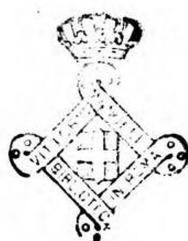
Fig. 2. Taglio frontale come sopra a livello della regione limitrofa di passaggio dell'acquedotto di Silvio verso il limite inferiore della commessura di Wernekinck (Preparato N. 99) Microfot Leitz come Fig. 1.

1. Nucleus subfascicularis verso il suo limite inferiore (è visibile soltanto la sua pars medialis di forma ovoidale) 3. Commessura di Wernekinck 4. Nucleus intracommissuralis Wernekincki (verso il suo estremo limite inferiore, è visibile la separazione netta tra i due nuclei subfascicularis et intracommisuralis).

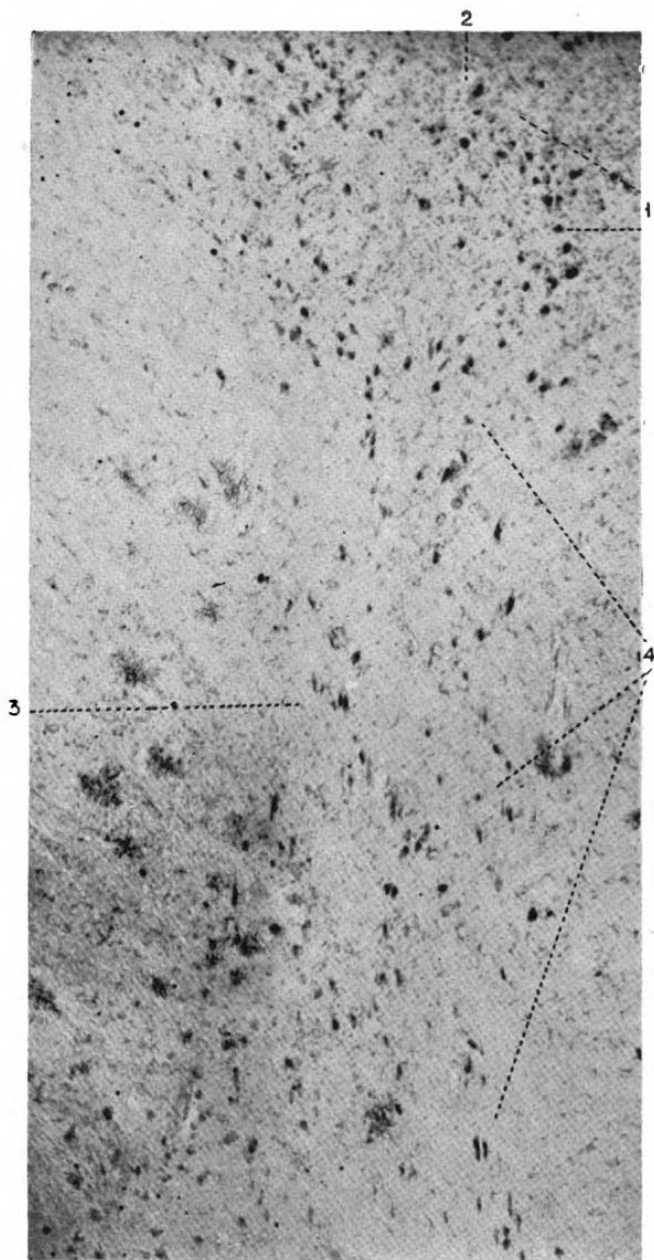
Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi
Anno 1921 - Volume II - Fascicolo II.



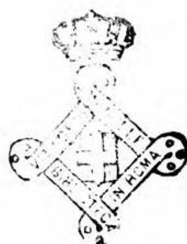
FRANK — Ulteriori studi sopra i due nuovi nuclei nel mesencefalo dell'uomo.



Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi
Anno 1921 - Volume II - Fascicolo II.



Frank—Ulteriori studi sopra i due nuovi nuclei nel mesencefalo dell'uomo.


IN ROMA

MANICOMIO PROVINCIALE DI UDINE
Direttore G. Volpi Ghirardini

SINDROMI PARCHINSONIANE POSTENCEFALITICHE

CONTRIBUTO ANATOMO-PATOLOGICO E CLINICO

del Dottor Cesare Bellavitis

Molti sono ancora i dubbi che circondano la cosidetta encefalite letargica specie per ciò che riguarda i suoi reliquati onde ho creduto non del tutto inutile rendere noto un caso di tale malattia, decorso con una sindrome parkinsoniana, di cui ho avuto poi la combinazione di poter tentare lo studio anatomo patologico.

***

Amalia B. di anni 27, entra in questo Istituto il 21 Maggio 1921 Anamnesi famigliare e personale remota negativa. La paziente è maritata con due figli sani, uno di 5 anni, l' altro di 12 mesi, nato circa il quinto mese dallo inizio dell' attuale malattia; essa ammalò nel Gennaio 1920 quando ebbe una febbre della durata di 1 mese, accompagnata da un continuo stato allucinatorio, insonnia e agitazione motoria: fu fatta diagnosi di encefalite letargica. Cessata la febbre, permase una condizione di rigidità generale che poco dopo il parto divenne così intensa da rendere quasi impossibili i movimenti dell' ammalata, con un senso di maggiore debolezza agli arti di destra, a cui si aggiunse poi un tale stato di abbattimento psichico da rendere necessario il suo ricovero in questo Istituto. L' ammalata morì il 5 luglio dopo 18 mesi di malattia. Durante la degenza in questo Istituto all' esame obbiettivo si era notato: costituzione gracile, denutrizione grave, assenza di qualsiasi paresi o paralisi, rigidità generale del tronco e delle membra con grave difficoltà nei movimenti attivi e resistenza nei passivi (attitudine catalettica), l'animia con sguardo fisso, attonito e pupille midriatiche. Messa in piedi, la ammalata assumeva il tipico atteggiamento parkinsoniano il quale si manteneva nella marcia che si compiva senza movimenti associati, a piccoli passi e senza che si notassero differenze tra le due metà del corpo nè deviazione alcuna: evidente era l' antero e la latero pulsione, non Romberg. Sin dall' inizio si notò un tremore a scosse di media ampiezza negli arti e nella testa che durante la degenza aumentò gradatamente d' intensità. Avverto subito che esso sembrava in parte influenzabile dalla volontà e che aumentava nelle emozioni e nei movimenti intenzionali, cessava nel sonno e non si vide più negli ultimi giorni di malattia. La stereognosi, la sensibilità termica e dolorifica, quella muscolare apparvero sempre normali, non così i riflessi poichè se erano pronti gli oculari alla luce e all' accomodazione, regolari i mucosi e tutti i cutanei, sempre vivacissimi si mostrarono i rotulei e gli achillei e correlativamente facile, da ambo i lati, il clono del piede; vivaci apparivano anche i radiali; presente il sintoma della ruota dentata (Negro); agli stimoli elettrici la reazione era pronta e d'intensità normale; negli ultimi tempi si notò talvolta perdita involontaria di urina. L' amma-

lata parlava con monotonia e fatica mostrando, in questo come in tutti gli altri suoi atti, un aumento nel tempo di latenza tra pensiero ed esecuzione; anche i movimenti della masticazione e della deglutizione erano molto difficoltati cosicchè si rendeva necessario somministrare solo cibi liquidi e ciò non perchè esistesse una vera disfagia o incoordinazione di movimenti, ma per la difficoltà a compiere gli sforzi necessari a masticare e a deglutire cibi solidi. Sin dai primi giorni della degenza si notò sciallorea e abbondanti sudori sebbene l' inferma non accusasse turbe nel senso termico; mai invece constatai edemi transitori che talvolta si trovano nel Parkinson e nelle sindromi Parkinsoniane postencefalitiche senza causa apparente, come ho potuto vedere in un' altra ammalata degente in questo Istituto nella quale si alternano edemi agli arti inferiori ed ai superiori. Gli esami degli organi cavitari furono, fino ai fatti terminali, negativi come pure le ricerche biologiche. All' esame psichico spiccava lo stato depresso dell' umore in parte dipendente dallo scaduto stato fisico di cui l'A. aveva piena coscienza, ma in parte certo anche da un fondo ipocondriaco che esisteva in lei per cui si preoccupava eccessivamente di ogni cosa la riguardasse e richiedeva sempre insistentemente di essere curata. L' emotività era vivace ed era così facile al pianto da lasciare spesso il dubbio che si trattasse di un vero pianto spastico. Tale stato fisico e psichico si mantenne quasi invariato fino al 1.° Luglio quando comparve un forte rialzo febbrile; l' esame obbiettivo rivelò nel lobo polmonare inferiore di sinistra un focolaio bronco pneumonico; il grave stato di deperimento organico fece sì che, pur rimanendo l' infiltrazione polmonare poco estesa, l'A. morisse al quinto giorno dall' inizio di tale affezione.

***

Nel cadavere si praticarono iniezioni conservative e l'autopsia fu fatta 16 ore dopo morte. Non esistevano decubiti, calotta facilmente scollabile, sottile per scarsa diploe, ben segnati i solchi arteriosi. La dura meninge era tesa, congesta, le granulazioni del Pacchioni poco sviluppate, i seni venosi ripieni di sangue liquido; leptomeningi iperemiche, edematose, facilmente svolgibili; nulla d' importante alla base cranica. La superficie dello encefalo non presentava lesioni macıocopiche, i vasi della base e le altre grosse arteıie erano ben conservate; al taglio il cervello apparve un po' molle, edematoso e congesto in tutte le sue parti, onde il sangue gemeva facilmente, dai vasi, un po' pallido appariva il mantello. I ventricoli erano di grandezza normale, privi totalmente di liquido; nulla ai plessi se si eccettua qualche cisti, normale la superficie di tutte le cavità. Invece nei vari tagli dei nuclei basali apparivano evidente sia nel globo pallido che nel ginocchio della capsula interna, specia a sinistra, delle lacune di disintegrazione che davano alla parte un netto aspetto cribroso quale si osserva frequentemente nei cervelli senili. Nei peduncoli cerebrali il Locus Niger era molto pallido; nulla invece si riscontrò di importante alla protuberanza, al bulbo e al cervelletto; la tela coroidea del quarto ventricolo era spessa, congesta, congesto il midollo spinale e le sue meningi.

C u o r e libero nella cavità pericardica, piccolo, flaccido, integre le valvole e l' arco aortico.

P o l m o n i senza aderenze pleuriche, al lobo inferiore sinistro un focolaio di infiltrazione con aspetto bronco pneumonico.

M i l z a flaccida, rosea, non aumentata di volume.

R e n i nulla di notevole, ben visibili le due sostanze.

I n t e s t i n o ghiandole mesenteriche ingrossate.

S t o m a c o lieve catarro gastrico.

F e g a t o pallido, con macchie tendinee alla lingula.

P a n c r e a s nulla di notevole, u t e r o e v e s c i c a noımali, o r g a n i d e l c o l l o nulla d'importante; s u ı r e n i, i p o f i s i, t i r o i d e normali; o v a i e funzionanti; e p i f i s i di un volume circa quattro volte il normale, non calcificata.

***

L' esame istologico fu praticato su numerosi pezzi della corteccia cerebrale e cerebellare presi nelle zone elettive di Alzheimer, sui nuclei della base, su buona parte del mesencefalo, del bulbo e su dischetti midollari; furono poi esaminati pezzi degli altri organi cavitari. Previa fissazione in alcool, formolo, sublimato, liquido di Weighert, piridina nitrica, furono eseguiti i vari metodi di ricerca pel sistema nervoso: toluidina, Pappenhein, Donaggio, impregnazione argentica. Pall, ematossillina ferrica, Weigert per la nevroglia, Mann, sudan terzo ecc.

Cervello: moltissime sono le cellule nervose alterate e, se è possibile vedere qualche grande piramidale integra, quasi sempre spiccano lesioni del nucleo, del corpo plotoplasmatico, dei prolungamenti. Spesso il nucleo è globoso con reticolo cromatinico poco evidente, spostato verso il margine cellulare, poco ben delimitato, con nucleolo eccentrico e non bene evidente; altre volte perde la sua forma rotonda e si fa allungato, più di rado si contrae e si increspa. Più gravi sono le lesioni del protoplasma che spesso contiene nel suo interno vacuoli in vario numero e pigmenti lipoidei in eccesso, è tumefatto onde la cellula perde i suoi contorni e sfuma ai margini. La sostanza cromatica è spessissimo alterata nella sua quantità e disposizione per cui non si vedono zolle cromatiche oppure si trovano limitate ai margini o addensate intorno al nucleo (cromatolisi centrale e periferica) più frequente di tutte è la degenerazione granulosa. Coi metodi specifici per le fibrille ho osservato gravi alterazioni nella loro disposizione: è facile sia col Donnaggio che coll'impregnazione argentica vedere reticoli rarefatti e più ancora fibrille raccolte alla periferia delle cellule. Molte di queste, sebbene con intensità diversa da zona a zona sono circondate da cellule satelliti che tentano di incunearsi e che formano dei veri focolai di neuronofagia. Invece non ho rilevato gravi alterazioni della cito-architettura specie per ciò che riguarda la disposizione delle cellule, solo in qualche punto si riceve l' impressione di una rarefazione di esse con sostituzione di glia agli elementi nobili. Oltre le lesioni delle cellule nervose spiccano nel parenchima i focolai di infiltrazione i quali, se spesso restano limitati immediatamente intorno ai vasi dove formano dei veri manicotti, altrettanto frequentemente sembrano svilupparsi indipendenti da essi sia nella sostanza bianca che nella grigia. Tali focolai sono costituiti da elementi piccoli, con nucleo scuro, a struttura visibile o no, con scarso plotoplasma, commisti ad altre numerose cellule di natura nevroglica, ricche di protoplasma, con nucleo chiaro, a reticolo ben evidente, talvolta in via di divisione, allungato a biscotto; si vedono inoltre vere cellule granulose, plasmatociti, qualche cellula a bastoncello. I vasi si presentano congesti con endotelli rigonfi, sporgenti nel lume, spesso vacuolizzati o ripieni di pigmenti di natura lipoidea o derivanti dalla dissoluzione degli eritrociti che tanto di frequente infiltrado il parenchima. Notevoli ancora sono certi piccoli focolai di rammollimento ischemico che ho trovato nella sostanza bianca immediatamente sotto la corteccia in pezzi della zona motoria dell':emisfero sinistro e che per la forma, per la reazione circostante, per il contenuto di prodotti di disfacimento debbo escludere siano artificiali.

Corpo striato: già ho ricordato l' esistenza di uno stato cribroide, esso appare in tutte le sue particolarità all' esame microscopico. Interessa specialmente il sistema pallidale e la capsula interna sebbene qualche lacuna si scopra anche nel nucleo claudato; le soluzioni di continuo si trovano sia in zone prive di cellule nervose che in campi occupati da esse e di solito non esiste all' intorno forte reazione nevroglica. Più intense e interessanti si può dire tutte le cellule nervose si trovano le alterazioni per esse già descritte nella corteccia, frequentissima è la neuronofagia in tutte le sue forme di passaggio; avviene spesso che guardando a forte ingrandimento una raccolta isolata di piccole cellule prima scoperta con un debole

obbiettivo si veda in mezzo ad esse una cellula gangliare più o meno distrutta. Tale fagocitosi è, si può dire, anche qui come nella corteccia totalmente opera di cellule piccole, rotonde, quasi prive di plotoplasma, solo eccezionalmente si trovano commisti elementi con nucleo a struttura visibile di forma varia, a bastoncello, a S., a rene ecc. con protoplasma più o meno abbondante come sono quelli che Maximov indica col nome generico di poliblasti. Essi si trovano bensì, ma sparsi in tutto il nucleo, più abbondanti in certi punti dove il processo infiammatorio sembra essere più vivace; diffusamente s' incontrano inoltre plasmatociti e qualche forma degenerativa di essi (cisto-plasmatociti); anche l'infiltrazione vasale è qui più vivace che nella corteccia: i vasi iperemici hanno spesso le pareti infiltrate e sono circondati da manicotti costituiti da cellule di aspetto granuloso, da altre a nucleo scuro con scarso protoplasma che ricordano i linfociti e da plasmacellule, scarsissimi e non sempre ben differenziabili dai poliblasti sono i poli-nucleati ciò che non deve meravigliare perchè i poli-nucleati accompagnano i processi acuti. Si osservano inoltre piccoli focolai emorragici che devono essersi formati per diapedesi e per rexim poichè non di rado si estendono nel tessuto circostante distruggendolo, vivace è la reazione all' intorno. Frequenti sono caratteristici corpi amiloidei ai quali con Gamna credo si possano riallacciare altri corpiccioli rotondi che ho trovato in tutto l' asse cerebro spinale, specie abbondanti nei nuclei della base e nei peduncoli cerebrali. Si tratta di piccole formazioni rotonde od ovali, di grandezza che va da quella di un linfocito al doppio o triplo, ben delimitate, tanto da sembrare talvolta circondate da una membrana, indipendenti dagli elementi nervosi o nevroglici, di solito riavvicinati a gruppi, colorati in celeste chiaro dalla toluidina, dalla tionina e dalla ematossillina, in bruno dallo iodo, in rosa chiaro dalla soluzione di Pappenheim. Tali corpuscoli non sono specifici dell' encefalite poichè mi è occorso di trovarli, sebbene in numero più ridotto, in altre affezioni del sistema nervoso, per esempio nella demenza precoce. Queste particolarità pur essendo meglio visibili nei corpi striati sono evidenti in tutti i nuclei della base.

Peduncolo cerebrale; Come sopra si è detto macroscopicamente il Locus Niger appariva poco pigmentato. Tale reperto viene confermato dall' esame istologico che ho fatto usando a preferenza il metodo di Donaggio il quale colora il pigmento in verde vivo. La deficiente pigmentazione sembra più dipendere dalla scarsezza delle cellule nervose che da una mancanza di pigmento in esse, poichè quelle che esistono ne sono in genere ben provviste. Si trovano inoltre granuli sparsi e accumuli di pigmento dello stesso aspetto di quello incluso nelle cellule; è però difficile dire se gli accumuli siano tutti residui cellulari o se alle volte rappresentino parte di un elemento sezionato alla sua estremità; numerose infatti nel Locus Niger sono le cellule che hanno il pigmento raccolto tutto ad un polo onde non si vede più il contorno protoplasmatico.

Molte sono le cellule non nervose cariche di pigmenti, come pure granuli colorati in verde si vedono abbondanti negli spazi linfatici perivasali e nel lume dei vasi stessi. Le cellule nervose hanno spesso il reticolo frammentato, non ben visibile e sono di frequente contornate da cellule satelliti. Al posto del reticolo si riesce solo a mettere in evidenza accumuli di sostanza cromatica viola oscuro; alcune cellule della sostanza grigia che circonda l' acquedotto di Silvio presentano alterazioni varie nel reticolo, tutte però di poca entità; lo stesso si può dire per il nucleo dell' oculo motore comune. Qui pure spiccano corpi amiloidi, talvolta raccolti intorno ai vasi, sferule omogenee sole o raggruppate, plasmatociti, accumuli di mononucleati, cellule nevrogliche con nuclei in via di divisione. Importanti sono le alterazioni vasali:: si vedono endoteli rigonfi, pareti ialine, più o meno infiltrate e focolai emorragici circondanti vasi di volume anche notevole; li ho veduti sempre medialmente sotto l' acquedotto. Il fatto che tali emorragie si limitano allo spazio perivascolare dimostra che si tratta di formazioni realmente esistenti e non di prodotti artificiali (Economo), i cilindrassi non sembrano alterati.

Il nucleo rosso come è stato osservato in altri casi (Marinesco Gamna) si presenta ben conservato, non lesioni cellulari, non emorragie, non focolai d' infiltrazioni.

Protuberanza. In sezioni fatte a differente altezza, contrariamente a quanto si afferma accadere nel Parkinson (Lhermitte) e a ciò che si è osservato spesso nell' encefalite letargica, ho trovato ben conservati i nuclei del pavimento del quarto ventricolo. Le cellule sono di volume normale con zolle cromatiche integre, nuclei intatti; esiste solo qualche raro accenno a neuronofagia, i vasi sono ripieni di sangue ma non si hanno emorragie nè forte infiltrazione all'intorno. Invece, specie in sezioni fatte in corrispondenza della parte superiore del quarto ventricolo, ho veduto qualche piccolo focolaio di infiltrazione in prossimità della linea mediana, nella zona delle fibre arciforni e subito sopra ad esse. Qui ho potuto mettere in evidenza anche plasmatotici e forme degenerative di esse, corpi amiloidi sferule omogenee ed intorno ad alcuni vasi piccoli manicotti parvicellulari:: indubbiamente però la reazione infiammatoria in questa zona va diminuedo se si confronta con preparati del peduncolo cerebrale o dei nuclei centrali.

Cervelletto. Ho studiato la corteccia senza però poter scoprire in essa nessuna alterazione nella forma, disposizione e numero così dei vari elementi nervosi e nevioglici come dei vasi. Mi è sembrato che questa parte dell' encefalo sia quella che meno ha reagito alla malattia. (Marinesco).

Midollo, anche in esso i metodi citologici ben poco hanno messo in evidenza; congestione vasale, abbondanza di corpo amiloidi, mai importanti lesioni dei corpi cellulari. Per le fibre non ho potuto ricorrere ai metodi più delicati ed ho esaminato il midollo, il bulbo e la protuberanza solo col metodo di Weighert-Pall, ma nessuna degenerazione ho constatato. Nelle meningi ho trovato sempre vasi congesti con focolai d' infiltrazione parvicellulare all' intorno, talvolta piccole emorragie.

La pineale è percorsa da grosse travate connettivali; gli altri organi, meno il polmone con bronco pneumonite, nulla hanno di notevole.

***

Prima di discutere il reperto anatomo-patologico che mi sono sforzato di riprodurre, dobbiamo vedere se clinicamente il caso descritto si può considerare una sindrome Parkinsoniana, poichè, data la forte accentuazione dei riflessi rotulei achillei con clono del piede bilaterale; il pianto spastico, le turbe della minzione; anche senza il Babinski, si potrebbe pensare a una paralisi pseudo-bulbare di origine centrale. Non credo tuttavia di dover accettare tale forma nosografica, perchè se da un lato comunemente nel vero Parkinson i riflessi rotulei sono torpidi, in non pochi casi essi si presentano vivaci (Brissaud, Alquier, Boucher, Souques), dall' altro le turbe della minzione, più che a un disturbo della sensibilità, credo fossero da ascrivere al grave stato di inerzia dell' ammalata e pei rimanenti sintomi è ancora troppo oscura la sede d' origine e il loro preciso significato semeiologico per assumere importanza preponderante e far dimenticare tutti gli altri segni tipici delle sindromi Parkinsoniane e il fattore etiologico tanto insistentemente oggi invocato in queste forme morbose. Ammesso così trattarsi di una sindrome Parkinsoniana, possiamo affermare che base di essa è un' encefalite diffusa localizzata a preferenza nel mesencefalo e nei nuclei striati. Mi sembra che tale processo infiammatorio abbia in generale un carattere subacuto perchè se anche troviamo elementi cellulari come i plasmatociti, le cellule granulose, i poliblasti, i quali, nel mentre indicano processi riparatori, rappresentano elementi cellula-

ri in corso di trasformazione, pure l'aspetto di reazione tumultuosa che hanno molti focolai senza che in nessun punto si possa parlare di vera sclerosi, vietano di considerare il quadro come cronico; piuttosto le emorragie anulari dei peduncoli cerebrali concentriche ai vasi, con limitati fatti distruttivi intorno, devono far pensare alla possibilità di riacutizzazione del processo morboso e quindi spingere ad avanzare l'ipotesi, per vero dire ancora non sufficientemente provata, che queste forme Parkinsoniane postencefalitiche non rappresentino un esito, ma una manifestazione particolare dell' infezione. Nel reperto anatomico mi pare ancora interessante ricordare il buono stato in cui si trovano i nuclei del quarto ventricolo, ciò che del resto è in rapporto con l' assenza di lesioni constatate in vita nei nervi corrispondenti; anche le cellule dell' oculo motore comune nel complesso sono ben conservate; se si opponesse che, in assenza di vere paresi o clonie nei loro territori si avvertiva aspetto « figè » della faccia, con difficoltà a masticare e a deglutire dirò che tali disturbi sono spiegabili colla diffusa rigidità muscolare. (Soques). Rilevabili ancora lo stato cribroso e le emorragie del corpo striato, i focolai malacici sotto-corticali, le emorragie peduncolari, e i focolai infiammatori sul decorso delle fibre piramidali nella protuberanza, infine le gravi lesioni delle cellule corticali. Nell' interpretare queste ultime, credo però si debba procedere colla massima prudenza e non dimenticare che la nostra inferma, nella quale era stata fatta la diagnosi psichiatrica di melanconia, da parecchi mesi si nutriva assai scarsamente ed era ridotta in uno stato di gravissimo deperimento organico. Ricorderò a tal proposito la frequenza di questi stati di melanconia a base ipocondriaca nelle forme Parkinsoniane postencefalitiche, fatto che ho riscontrato in tutti gli ammalati per tale sindrome qui ricoverati.

Si è cercato di stabilire dei dati anatomici differenziali tra sindromi Parkinsoniani e Parkinson propriamente detto. Lhermitte, dopo aver affermato che quest' ultimo è caratterizzato da un insieme di dati negativi, assenza di lesioni infiammatorie acute o croniche del sistema nervoso, di lesioni neoplastiche e di alterazioni vasali, avverte che egli, come altri osservatori, è stato colpito dal fatto che in esso è facile constatare alterazioni nella corteccia, nei nuclei della base, nei peduncoli cerebrali, nella protuberanza e persino nel midollo; aggiunge che egli non può « souscrire à l' opinion défendue par M. e Mme Vogt et attribuer avec ces auteurs l' origine de la maladie de Parkinson a un état criblé des nojaux lenticulaires. (Revue p. 588-921), stato criblé che al contrario avrebbe trovato in molti casi di sindromi Parkinsoniane i cui fattori etiologici vanno dall' encefalite epidemica o sporadica fino alla arterio sclerosi e all' ateromasia cerebrale. Le ricerche di Foix sembrano in parte appoggiare tali vedute; egli infatti in sette casi di vero Parkinson trovò sempre lesioni nel Locus Niger, nei nuclei della base con atrofia delle cellule nervose, e in un caso di tutto il nucleo striato; egli però non ricorda mai reazioni infiammatorie acute ed espressamente nota le scarse alterazioni vasali e in un solo caso una certa « tendenza » allo stato lacunare del globus pallidus. Invece, in un caso di paralisi agitante postencefalitica, avrebbe trovato persistenza di lesioni infiammatorie in piena attività, simili a quelle dell' encefalite acuta, localizzate al mesencefalo, alla regione sottoottica e al nucleo lenticolare con chiare lesioni vasali.

Come appare evidente, il mio reperto confermerebbe queste ultime vedute poichè attivissimo è anche in esso il processo infiammatorio diffuso, presenti sono le lesioni vasali e lo stato « criblé » dello striato. Quanto poi alla localizzazione del morbo io non credo di poter accettare in tutto e per tutto le conclusioni sostenute, anche ultimamente,nella società Neurologica di Parigi, dai due su ricordati eminenti autori. Lhermitte insistendo nelle ipotesi già formulate da Ramsai Hunt e da Vogt pensa al nucleo lenticolare. Foix a tutta la regione ottica-striato sotto-talamica. Sembra a me che non sia possibile dimenticare la diffusione e l' entità delle lesioni spesso localizzate lungo le più importanti vie motrici e sensitive, nel centro ovale, nella corteccia stessa, che le prove sperimentali fin' ora hanno permesso di concludere solo che il corpo striato ha funzioni omologhe a quelle della zona sensitivo motrice del mantello (Luciani) e che non sempre nei soggetti che in vita avevano manifestato movimenti involontari si è trovato all' autopsia lesioni striate e viceversa. In un suo ultimo bellissimo lavoro il Giannulli, riattaccandosi alle idee già sostenute da Majnert, il quale riconosceva al corpo striato funzioni complementari a quelle delle circonvoluzioni Rolandiche e della capsula interna, concetto sempre condiviso dalla scuola Neuropatologica di Roma, ammette che i corpi striati rappresentino una stazione sensitivo-motoria-trofica e angio-neurotica, ma che i fenomeni coreici, atetosici, i tremori, le ipertonie, ipotonie e atassie non siano affatto espressioni specifiche del talamo o del corpo striato, e Kiener Wilson, discutendo con Lhermitte, sostiene che nella paralisi agitante il corpo striato non è che una delle sedi delle lesioni che danno luogo alla rigidità, mentre l' apparecchio che la produce è situato fuori di esso e che il tremore può svilupparsi in seguito a lesioni distruttive le quali siano direttamente in rapporto col corpo striato.

Più ardita ancora è l' ipotesi sostenuta dal Prof. Tretiakoff che vuole localizzare la paralisi agitante nel « Locus Niger ». Lhermitte stesso nota a tal proposito, che numerosi sono i casi in cui la lesione del Locus Niger non dà origine al morbo di Parkinson. Tretiakoff invoca condizioni fisiologiche del soggetto e alterazioni in altri sistemi capaci d' impedire l' insorgenza della sintomatologia ; ciò si può comprendere nel caso di emiplegie con contrattura, di mieliti, sclerosi a placche, tumori voluminosi, emorragie, è difficile invece spiegare quali possano essere per esempio in un senile senza alcuna sintomatologia testimone di lesioni organiche sistematiche o a focolaio, i fattori capaci di impedire manifestazioni così gravi ed evidenti quali dovrebbero dipendere dalla sostanza di Sommering. Di più perchè voler localizzare esclusivamente in un nucleo del mesencefalo,del quale ancora sono così poco noti il significato filogenetico e le connessioni per cui chi afferma che esso manda solo fibre verso i nuclei centrali (Besta), chi invece dopo averlo messo in diretto rapporto colla corteccia di cui rappresenterebbe una diretta derivazione (Bauer Mingazzini),lo fa origine di fibre per la massima parte discendenti, una funzione tanto complessa e di così vitale importanza qual' è il tono muscolare ? non conosciano forse anche delle lesioni in punti e organi del tutto diversi, capaci di modificarlo ?

Concludendo quindi, io penso che dal mio reperto ben poco si possa stabilire circa la sede encefalica e la natura delle lesioni, origine prima delle manifestazioni cliniche che ci interessano.

Le alterazioni, ripeto, sono evidentissime in tutto l' encefalo e interessano i punti più vitali di esso: ponte, peduncoli cerebrali, nuclei

della base, capsula interna, centro ovale, corteccia, onde, pur dando la massima importanza alle lesioni del sistema pallidale, non credo che solo in esso si debba localizzare l' intero sintomatologia.

Interessante mi sembra poi rilevare il contrasto tra il reperto anatomopatologico da me trovato, per buona parte facilissimo a mattersi in evidenza anche coi più semplici metodi istologici, sotto forma di un processo infiammatorio sub-acuto, e le poche lesioni scoperte in molti casi di vero Parkinson, onde tale malattia, ancora ieri, da alcuni (Cuschmann) era stimata una neurosi, per cui se con Souques si può ammettere talvolta un' identità sintomatologica tra paralisi agitante e le sue sindromi postencefalitiche, non credo si possa sostenere un' identità anatomica (Lhermitte).

Clinica delle malattie nervose e mentali
della R. Università di Cagliari
diretta dal Prof. CARLO CENI

SULLA TOPOGRAFIA E SUL SIGNIFICATO DI CERTE MACCHIE BRUNE DELLA CUTE ADDOMINALE OSSERVATE IN AMMALATI DI MIELITE POTTICA LOMBARE

di

L. DE LISI
Aiuto e Libero Docente

(con una tavola)

In alcuni ammalati affetti da paraparesi spastica per meningomielite pottica bassa con fenomeni di spondilite più o meno evidenti ho osservato la presenza di una macchia addominale di tinta scura, quasi bronzina. La costanza delle dimensioni e dell'ubicazione di questa macchia mi ha colpito, e perciò ho eseguito una ricerca sistematica nei pottici, con o senza sintomatologia midollare, che ho potuto osservare, e, pel dovuto confronto, in altre malattie ossee e in altre malattie midollari. Finora soltanto in rari casi di paraplegia da probabile meningomielite pottica, precisamente in quattro, ho trovato l'anomala pigmentazione con i caratteri topografici sui quali verte principalmente questa nota. Insisto su questi ultimi perchè può venircene qualche criterio da utilizzare nello studio della distribuzione segmentaria della innervazione simpatica nell'uomo.

Per quanto riguarda le altre particolarità della pigmentazione non v'è quasi nulla di nuovo e di importante da mettere in rilievo. Sono ben note certe melanodermie dei tubercolosi che fino ad un certo punto si distinguono dalla vera malattia bronzina. Nello stesso morbo di Addison la tinta bronzina, specialmente nelle fasi iniziali, non è uniformemente distribuita, e il Wiesel elenca queste variazioni di intensità e di localizzazione della pigmentazione addisoniana.

La macchia da me osservata ha una forma grossolanamente rettangolare, tranne che in un caso il quale ha presentato varianti su cui tornerò in modo particolare.

Il margine inferiore è teso fra l'una e l'altra piega inguinale, e i suoi punti estremi si trovano all'incirca a 3 o 4 cm. sotto le spine iliache anteriorsuperiori; esso è retto o leggermente convesso (con la

concavità verso l' alto) ; una volta è concavo. In questo caso, fra il margine stesso e una linea immaginaria corrispondente all' arco della curva, la cute ha una tinta scura meno intensa.

I margini laterali della macchia sono perpendicolari al precedente. Seguono il prolungamento della linea ascellare anteriore o lo superano verso l' esterno di qualche centimetro. Per lo più il distacco fra cute pigmentata e cute normale è abbastanza netto.

Il margine superiore della macchia è piuttosto nettamente orizzontale, ma non è ben demarcato come gli altri, perchè la tinta patologica sfuma e digrada verso quella della pelle sana.

In tre dei quattro casi (i segni fisici e radiologici di spondilite, leggerissimi in due, marcati in uno, indicano lesioni vertebrali dorsali basse e lombari), il margine superiore corrisponde alla sesta costola ; o, per meglio dire, i suoi punti estremi toccano il margine superiore o l' inferiore della 6.ª costola dall' un lato e dall' altro.

In uno solo dei quattro casi (paraparesi spastica, disturbi di sensibilità nei dermatomi S.1 S.2 di un lato, dubbia spondilite lombare bassa) il margine superiore della macchia è più basso : tocca il punto di unione del terzo medio col terzo inferiore della linea xifo-ombelicale. Di più è obliquo dall' alto al basso e da destra verso sinistra ; e il confine sinistro della macchia non tocca l' ascellare anteriore, ma si arresta all' incirca al prolungamento della linea emiclaveare sull' addome.

Ho detto che la tinta della macchia, piuttosto uniforme, è quasi bronzina ; e tale la ritengo anche per il suo significato patogenetico. Non soltanto l' autopsia di uno dei miei malati, venuto a morte, dimostrò infatti la tubercolosi di una delle capsule surrenali, ma era anche facile escludere in vita per tutti i quattro malati le altre cause di pigmentazione patologica, come certe dermatosi, la sifilide, la malaria, e gli avvelenamenti o l' uso protratto d' arsenico o d' argento, o ripetute applicazioni esterne di iodio. D' alcuna di queste sostanze i malati non avevano usato mai, nè presentavano segni di diabete bronzino nè mellito. Mancavano del pari tumori dello stomaco e del pancreas.

Devo poi eliminare il dubbio che la pigmentazione fosse in rapporto con irradiazioni X, per la semplice ragione che la macchia fu sempre osservata prima che fosse praticato qualsiasi esame radiologico; il quale in un caso fu omesso del tutto, data l'evidenza della spondilite. Il radiologo di Mantova, Dr. G. Castelli, che eseguì la radiografia della colonna vertebrale nei due primi casi, e perfettamente ricorda la macchia caratteristica da me indicatagli, mi riferisce d' aver avuto occasione di rilevare analoghi fenomeni di pigmentazione addominale in altri malati di spondilite.

Osservazioni identiche non mi sono note, per quanto qua e là nella letteratura si trovino accenni a pigmentazioni addominali per peritonite o altre affezioni tubercolari. Laignel-Lavastine su 60 tubercolosi presi a caso ne ha trovato 12 con pelle pigmentata sul pene, sulla linea ombelico-pubica e sulle fosse iliache esterne. Altri avevano sul petto aree pigmentate, altri vitiligo generalizzata, altri maschera pigmentaria del volto, altri stria bruna ombelicale, altri una pigmentazione diffusa dell' addome. Laignel Lavastine si è chiesto se la melanodermia dei tubercolosi cachettici fosse più frequente negli antichi pleuritici, ma si è convinto che gli esami praticati in vita non avrebbero risolto la questione, perchè frequentemente si trovano all' autopsia enormi aderenze pleuriche e il nervo splancnico imbrigliato da tessuto fibroso in individui senza precedenti pleuritici.

Il BOSELLINI accenna ad altri fatti: « lesioni di radici di midollo provocate eventualmente da processi neoplastici ed infiammatori delle vertebre possono dare discromie regolate secondo la metameria radicolare o midollare. HARTZELL in un cancro addominale trovò una melanodermia retiforme della metà inferiore del ventre e alla superficie interna delle cosce ». Il BOSELLINI ricorda altre melanodermie in rapporto a malattie nervose: pigmentazione generale in seguito a uno shock, pigmentazioni parziali accompagnate talora da iperidrosi e prurito e distrofie ungueali e pilari nell'epilessia, melanodermia parziale da forme nevritiche o tossiche (sifilide, tubercolosi, lepra, arsenico etc.).

Fra le pigmentazioni circoscritte, d'origine probabilmente simpatica, CASTELLINO e PENDE fanno menzione di quelle osservate in alcuni alienati, nel morbo di FLAIANI, in corrispondenza alle regioni periorbitarie (sintomo di JELLENICK). Aggiungono: « non è certo se debbano riferirsi ad alterazioni del simpatico addominale le ipercromie, più o meno generalizzate, della cute in alcuni casi di peritonite tubercolare, di cancri addominali, di dispepsie croniche (maschera dispeptica) di diabete (diabete bronzino), le pigmentazioni della gravidanza, la stria bruna addominale, la quale oltre che nelle gravide può osservarsi nelle giovani donne sofferenti di costipazione cronica, di colica mucosa, di disturbi mestruali; tutte sindromi queste, nelle quali interviene probabilmente un disturbo funzionale del simpatico o un disturbo endocrino-simpatico ». LAIGNEL-LAVASTINE indica la stria bruna sottombelicale come frequente nella tubercolosi addominale e non addominale; mal di POTT, coxalgia.

Forme più note sono le forme di pigmentazione in semicintura per zona intercostale. Il SOUQUES ne riferisce recentemente un' osservazione, nella quale la tinta brunastra continua, occupante un tratto costituito dall' 8.° e dal 9° spazio intercostale, alto 3 dita, esteso tra apofisi spinose e linea alba addominale, e succeduta a un' eruzione zosteriforme nel corso di una tubercolosi polmonare, non poteva andar confusa con l' aureola pigmentaria che rimane per qualche tempo intorno alle cicatrici delle vescicole del zoster. Il SOUQUES non dice ciò che pensi della natura del pigmento, benchè avverta di aver tentato senza risultato di provocare altrove delle pigmentazioni mediante artificiali rivulsioni. Interpreta il fatto come un' ipercromia di origine ganglionare, supponendo per gli intimi rapporti del simpatico col ganglio spinale un' irritazione delle fibre del simpatico. Avverte che le pigmentazioni di questo genere consecutive allo zona devono essere rare perchè non ne ha osservato altri esempi. Non occorrerà, allora, qualche altro fattore d'ordine biochimico?

Particolari topografie sono state descritte per la vitiligine. Per esempio KLIPPEL e WEIL ricordando che la distribuzione della vitiligine può essere a tipo periferico, radicolare, spinale, e che la vitiligine spinometamerica si è trovata in casi di tumore midollare e di siringomielia, mentre la grande maggioranza delle vitiligini appartiene al tipo radiculometametrico, mettono in evidenza delle vitiligini a simmetria bilaterale rigorosa. A volte sono mediane, ma le due metà sono quasi esattamente sovrapponibili. Siffatta topografia, la quale non è mielo-neuro o radiculometamerica è da loro attribuita a una lesione delle commessure posteriori del midollo e al conseguente risentimento sui centri che uniscono; il quale non può determinarsi che in modo strettamente simmetrico.

Interessanti, perchè più prossime al nostro tema, sono le osservazioni di A. THOMAS sulle anomalie della pigmentazione cutanea nelle ferite e in certe affezioni del midollo. Assai meno frequenti ed intense che gli altri fenomeni riflessi, sono state da lui osservate soltanto in alcuni feriti midollari, presentanti la sindrome dell' interruzione fisiologica completa, e sono comparse alcuni mesi ed anni dopo del ferimento. La pigmentazione non è accentuatissima, e non paragonabile con quella

della malattia di ADDISON, non supera la tinta caffè-latte, ma basta per richiamare l' attenzione dell' osservatore, essendo abbastanza netto lo stacco tra i confini della pigmentazione e la pelle sana. Soltanto al confine superiore la pigmentazione si ripartisce in isolotti tanto più distanziati quanto più si va verso la pelle normale. Il limite superiore si trova più o meno in alto a seconda dell' altezza della ferita midollare. Generalmente supera verso l' alto il limite superiore della zona d' anestesia, ma coincide generalmente col limite superiore dei riflessi pilomotori e sudorali esaltati. Il limite inferiore, più indeciso, raggiunge la linea inguinale e la sorpassa anche spesso, scendendo più o meno in basso sugli arti inferiori. La differenza tra le parti sane e quelle pigmentate abitualmente è più sensibile sulla faccia anteriore che su quella posteriore del corpo.

Il THOMAS accenna alla facile comparsa della stria bianca, mancante nei casi di pigmentazione più intensa, e alla bassa pressione sanguigna dei soggetti, i quali però erano passati tutti per periodi di grave infezione. Egli non dubita che la ripartizione della pigmentazione sia dovuta al sistema nervoso, per quanto si siano accertate in casi consimili gravi malattie di organi importanti. Per la pigmentazione che comparisce più tardivamente egli ammette una sua probabile dipendenza dai disturbi vasomotori protratti ; ma anche questo meccanismo non escluderebbe la dipendenza, per quanto indiretta, della pigmentazione e della sua distribuzione dal sistema nervoso.

Per la patogenesi del fenomeno pigmentario, il THOMAS pensa senz' altro alla perturbazione funzionale della colonna simpatica che viene a trovarsi al di sotto della lesione, e lo raffronta con altre melanodermie che si manifestano in talune malattie della sostanza grigia spinale, quali l' ematomelia e la siringomielia, con lo stesso tipo e gli stessi limiti comuni agli altri fenomeni simpatici. Ricorda un caso di siringomielia con sudorazione costante limitata a una zona circoscritta, arrestata dalla linea mediana; nella quale zona il riflesso pillomotore era più vivo, e iperpigmentata la pelle, onde risultava differenza di colore fra le due metà del tronco. Si tratterebbe di fenomeni irritativi della colonna simpatica precedenti quelli distruttivi della sostanza grigia.

Il Barré, nella stessa seduta della Societé de Neurologie nella quale il Thomas comunica le sue osservazioni, narra di un midollare paraplegico, ferito nel 1915 ; guarito subito dopo, recidivato in paraplegia nel 1920 con comparsa contemporanea di una pigmentazione « un po' al di sopra dell' ombelico e in modo sempre più intenso ». Il limite della zona pigmentata supera di poco quello della zona anestetica. Dopo estrazione del proiettile, migliora la paraplegia e la pigmentazione va scomparendo. Dunque anche il Barré ne inferisce l' irritazione del simpatico.

Il Sézary ritiene che nei feriti midollari la pigmentazione cutanea sia dovuta ai disturbi vasomotori prolungati dei tegumenti, e vada ben distinta dalla melanodermia di certe sindromi endocrine (ADDISON, BASEDOW, insufficienza epatica), alla produzione della quale, come egli promette di dimostrare, il simpatico sarebbe del tutto estraneo, tanto per la sua azione vasomotrice, quanto per la sua « pretesa » funzione pigmentaria.

Nel mentre attendiamo questa dimostrazione del Sézary, che rivoluzionerebbe le nostre concezioni attuali sulla produzione della melanodermia da causa endocrinosimpatica, osserviamo talune rasso-

miglianze tra la pigmentazione dei feriti midollari completi di antica data e la pigmentazione dei miei casi, specialmente nei riguardi della topografia.

Invero il THOMAS non dice con esattezza quali fossero i limiti superiori delle macchie in tutti i casi; ci interesserebbe conoscere se tra i suoi feriti ve ne fossero con lesioni del midollo lombare basso e del sacrale o della coda, e dove arrivassero, in costoro, il limite superiore e l' inferiore della pigmentazione. Certo si è che essa deve coprire prevalentemente l' addome. Arriva a volte all' inguine appena, a volte scende più o meno in basso sugli arti inferiori.

Sembra dunque che s' arresti almeno a un certo confine dei tegumenti, che non sorpassa il territorio d' innervazione lombare.

Inoltre « la differenza tra parti sane e parti pigmentate è più sensibile sulla faccia anteriore che sulla posteriore del corpo », e nei nostri casi la pigmentazione è esclusivamente anteriore. Anche il Barré, per quanto nella sua breve comunicazione non precisi l'altezza della ferita midollare, osserva la pigmentazione « un pò al disopra dell'ombelico ».

Dunque, pur mancando di dati più esatti per una razionale comparazione sufficiente, le rassomiglianze sono notevoli e, trattandosi di cause assai diverse ed anche probabilmente di localizzazioni midollari assai diverse, bisogna pensare che le omologie siano sostenute da particolari condizioni della distribuzione della innervazione simpatica pigmento-regolatrice alla cute del tronco.

Bisogna ancora chiedersi se il disturbo della pigmentazione dipenda in tutto da un disturbo degli elementi di origine del simpatico che si trovano nel midollo, o delle vie che si stabiliscono all' uscita del midollo, attraverso le vertebre, all' uscita dalla colonna vertebrale; e se siano estranei fattori di natura biochimica e ormonica che potrebbero dipendere, nel caso delle ferite midollari, da perturbamenti di organi parasimpatici, come si cercherà di indagare con apposite ricerche sperimentali.

Si è tuttora in un campo oscuro, e lo studio della funzione pigmentaria del simpatico, generalmente ammessa, è ben lontana da una sistemazione semeiotica. Anzi esso si trova molto più addietro dello studio delle altre funzioni del simpatico sulla cute, al quale sono apportati notevoli contributi recentissimi clinici, o sperimentali e clinici, per il dermografismo (MICHELI), per il sudore (PARI), per il riflesso pilomotore (THOMAS).

In tali circostanze riferisco le mie osservazioni, e il tentativo di un' interpretazione.

1. L. F. di anni 23, soldato.

Colonna vertebrale: Dolente la pressione sulla prima apofisi lombare. Lieve cifosi dorsolombare e rigidità relativa della colonna lombare. Alla radiografia, riduzione manifesta degli spazi intervertebrali fra XII.ª dorsale e 1.ª lombare, fra 1.ª e 2.ª lombare.

Motilità: emaciazione di tutte le masse muscolari, senza apprezzabili differenze di trofismo fra gli arti superiori e gli inferiori. Profonda astenia ed esauribilità muscolare generale. Paresi di tutti i movimenti degli arti inferiori (prevale la paresi della flessione dorsale dei piedi). Impossibile la stazione eretta. Sorretto, l' a. striscia i piedi in modo spastico nei tentativi di marcia. Lieve ipoeccitabilità elettrica dei nervi e muscoli arti inferiori. Alla gamba in qualche muscolo (tibiale anteriore) contrazione un po' lenta. Coordinazione normale. Non movimenti involontari nè contrazioni fibrillari.

Parestesie, specialmente formicolio, alla faccia anteriore delle cosce. Obbiettivamente sensibilità normale.

Riflessi patellari esagerati. Clono dei piedi. Babinski a sin. Cremasterici assenti. Addominali presenti. Anale assente. Bulbo cavernoso presente. Per pizzicamento della pelle dei piedi e per flessione brusca delle dita movimento leggero di retrazione degli arti.

Lieve incontinenza d' orina. Erezione spenta da mesi.

Pigmentazione e trofismo cutanei : Macchia bronzina addominale (v. descrizione nelle pagine precedenti, e Tavola fig. 1) che arriva in alto alla 6.ª costola. Colorito della rimanente cute pallido-terreo. Pelle secca, atrofica, poco elastica ; desquamazione pitiriasica ai lati del torace.

Sistema simpatico : R. O. C. 120-104. Glicosuria adrenalinica negativa. Prova di IAQUET e TREMOLLIÈRES positiva. Riflessi vasomotori : sulla cute normale del tronco dermografismo rosso-piano ; sulla cute pigmentata striscia rosea con alone bianco ; in regione ipogastrica e sugli arti inferiori stria rosea che scomparisce per dar luogo a stria bianca. Profusi sudori diffusi a tutto il corpo. Tricografismo ovunque debole ; un po' più accentuato agli arti inferiori.

Fenomeni generali : Pallore e denutrizione profonda. Ghiandole linfatiche ingrossate agli inguini. L' a. ha sofferto recentemente una pleurite essudativa destra: se ne rilevano tuttora i fatti residuali. Cuore nei limiti, toni netti. P. in media 120 (tachicardia costante). Pressione 90-100. Addome globoso, dolente alla palpazione profonda, specialmente al punto di MAC BURNEY e in corrispondenza ai cosidetti punti mesenterici. Si palpano masse ghiandolari. Frequenti diarree. Fegato non si palpa. Area di ottusità splenica ampliata. Orine variabili per quantità (1000-1500) P. s. 1012, reaz. acida, tracce d' albumina, zucchero e pigmenti assenti, tracce d' indacano, cilindri granulosi, qualche cellula renale, scarsi globuli bianchi. Sangue Hb. 0. 45 %, G. R. 3487000, G. B. 6600, P. neutr. 79, eos. I, bas 3,33, F. pass. 2,34, Linf. p. 12.33 Linf. gr. 2 Wasserman nel sangue negativa. Febbre..

Liquido cerebrospinale limpido, albumina 0.32 %, Nonne-Apelt negativa. Nel sedimento rari linfociti.

L' a., che ha presentato mentre trovavasi in guerra disturbi intestinali e pleurali, è entrato nell' Ospedale Militare di Mantova in agosto 1918. Progressivamente aggravandosi i fatti tubercolari dell' apparecchio respiratorio e dell'addome, è morto dopo circa 5 mesi. Alla necroscopia non potei assistere, onde non furono eseguite le particolari ricerche che mi ero proposto per studiare completamente il caso e le speciali ragioni della pigmentazione. Debbo alla cortesia del Prof. A. VISENTINI il seguente reperto di autopsia :

Estremo deperimento generale. Lieve pigmentazione bruna, accentuatissima sull' addome. Si omette l' apertura del cranio. Pleurite siero-fibrinosa-purulenta tubercolare d' ambo i lati con aderenze a briglia d' antica data. Tubercolosi disseminata polmonare con escavazioni ai lobi inferiori. Bronchioliti e peribronchioliti tubercolari disseminate. Pericardio liscio. Cuore piccolo con valvole integre e degenerazione adiposa del miocardio. Tubercolosi del diaframma ; tubercolosi disseminata del peritoneo diaframmatico. Milza aumentata di volume con follicoli iperplastici. Degenerazione adiposa del fegato. Tumefazione torbida e degenerazione adiposa dei canalicoli corticali del rene. Un tubercolo miliare nel rene sin. Tubercolosi della capsula surrenale sinistra, che è grossa il doppio del normale e circondata da numerosi gangli linfatici tumefatti con tubercoli, alcuni caseificati.

II. K. W. di anni 21, soldato czecoslovacco.

Colonna vertebrale : dolore alla pressione sulle ultime vertebre dorsali. Lieve cifosi. Alla radiografia : riduzione degli spazi intervertebrali fra l' XI e la XII vertebra dorsale, fra questa e la 1.ª lombare.

Andatura spastica. Posizione eretta difficile. Paresi forte dell' estensione e della flessione dei piedi, paresi di medio grado dell' estensione e della

flessione delle gambe, paresi lieve dei movimenti delle cosce. Tono muscolare alquanto aumentato agli arti inferiori, con cospicue atrofie, però leggero dimagramento delle gambe. Lievissima ipo-eccitabilità galvanica e faradica semplice: eccitabilità muscolare meccanica dei muscoli paretici alquanto esaltata. Nessun movimento involontario nè contrazioni fibrillari. Alcuni disturbi dell'equilibrio d' origine vestibolare, per una pregressa recente otite con mastoidite, sono andati gradualmente scomparendo.

Marcata anestesia tattile, termica e dolorifica nel campo dei dermatomi radicolari L.4 L.5 S.1; perdita del senso delle attitudini segmentarie e della pallestesia ai piedi e porzione inferiore delle tibie. Normali le sensibilità del pene, dello scroto e del perineo. Dolori continui al cinto lombare e agli arti inferiori, a tipo di trafitture, con topografia vaga.

Riflessi profondi degli arti superiori normali. Patellari esaltati (nell' ulteriore decorso della malattia si sono indeboliti). Clono dei piedi. Babinski bilaterale. Cremasterici e addominali presenti, anale e bulbocavernoso presenti. Iridei normali. Evidenti e vivaci i riflessi di difesa agli arti inferiori (in flessione ed accorciamento).

Difficoltà ad iniziare il mitto. Manca l' erezione.

Pelle secca, anelastica, un po' atrofica, con follicoli dei peli rilevati ai piedi, alle gambe e in gran parte alle cosce. Macchia bronzina addominale con i caratteri indicati nella descrizione generale (V. Tavola, Fig. 2). Anche qui arriva in alto alla 6.ª costola. Prova di JACQUET e TREMOLLIÈRES positiva leggera.

Iniezione di adrenalina: lievissimo aumento del polso e della pressione, nessuna modificazione del R. O. C. (sempre nullo). Non midriasi nè altro fenomeno: tolleranza perfetta. Glicosuria alimentare e adrenalinica negativa. Iniezione di atropina: lieve midriasi, aumento delle P. fino a 1 40, scarsa modificazione della pressione. Il R. O. C. si mantiene nullo. Iniezione di pilocarpina: sudore, scarsa scialorrea, lieve midriasi, lieve aumento delle pulsazioni (+ 4), lievissimo aumento di pressione; R. O. C. sempre nullo. Durante la sudorazione provocata dalla pilocarpina la cute dell' addome più pigmentata rimane più asciutta. Riflesso pilomotore presente, un po' più intenso agli arti inferiori, R. O. C. 72-72. Riflessi vasomotori: sulla cute normale stria rossa piana; sulla cute pigmentata stria rosea con alone bianco intenso, quindi stria bianca persistente; lo stesso fatto, ma con minore intensità alla regione ipogastrica, e agli arti inferiori (cosce sopratutto).

Stato generale della nutrizione abbastanza buono. Pallore diffuso. Cuore: itto in 4.° spazio all' interno dell' emiclaveare. Ottusità assoluta alla 4.ª costola. Toni puri P. 72 in media. Pressione: 100-110. Nulla all'apparecchio respiratorio. Stipsi alternata con crisi diarroiche. Un po' dolente la palpazione profonda dell' addome. Orina da 1100-1400. Reaz. Acida. Psp. 1015, albumina, zucchero, pigmenti, indacano assenti; qualche corpuscolo bianco, cellule delle ultime vie; assenza di elementi renali. Sangue: Hb. 0.72 %, G. R. 4225000, G. B. 7650, Pol. neutr. 55.50, eos. 1.75 bas. O, 25 Fpass. 3.25, Linf.picc. 33, Linf.gr. 6.25. Non eseguita la reazione di WASSERMANN, nè la puntura lombare.

L' a., colto nell' inverno 1918 da otite, fu ricoverato e operato di mastoidite nel Reparto Otorinolaringoiatrico dell' Ospedale M.re di Mantova. Essendo stati rilevati nell' ultimo periodo della sua degenza in quel Reparto disturbi dell' andatura, è stato trasferito a quello neurologico. Due mesi dopo l'armistizio l'a. fu rimpatriato in Boemia e non ne ho avuto più notizia. Al momento di lasciare l'Ospedale di Mantova, presentava ancora i fenomeni indicati in questa storia e la pigmentazione addominale.

III Q. L. di anni 11, scolaro.

Dolente la pressione sulle vertebre lombari. Radiografia negativa.

Lieve paresi degli arti inferiori e più marcatamente del sinistro. La stazione eretta è possibile, ma con base allargata.

Con piedi avvicinati ed occhi chiusi lieve tentennamento del tronco. Andatura pareticospastica e leggermente incerta. Tono muscolare degli

arti inferiori alquanto aumentato. Trofismo muscolare buono. Qualitativamente normali le reazioni elettriche agli arti inferiori; semplice ipoeccitabilità dei muscoli delle cosce e delle gambe. Eccitabilità muscolare meccanica normale.

L'a. accusa dolore intenso, che comparirebbe accessualmente e specialmente al mattino, ai lati della colonna lombare. È colto pure talvolta da formicolio al dorso del piede sinistro.

Obiettivamente: ipoestesia tattile, termica, dolorifica alla metà esterna del dorso e della pianta del piede sinistro, faccia esterna della gamba sinistra e faccia posteriore della coscia (a banda, fino alla metà della coscia circa), cioè nei territori delle radici S.s e S.2 Leggera ipopallestesia al piede sin. nella zona che presenta ipoestesia superficiale.

Riflessi patellari e achillei esaltati. Non cloni. Babinski bilaterale. Cremasterici presenti. Addominali inferiori e medi assenti. R. degli arti superiori normali. Iridei normali. Anale presente.

Nessun disturbo sfinterico.

Pigmentazione e trofismo cutanei: Macchia addominale a tinta bruna, un po' più carica al centro. Essa non occupa tutta la zona iperpigmentata dei due casi precedenti. Come è dato vedere dalle fotografie 3 e 4 della tavola, essa occupa una zona irregolarmente ovoidale. Il polo sinistro arriva a due dita a sinistra dell'ombelico; il margine destro, nettamente demarcato, arriva circa al prolungamento della linea ascellare media. Il margine inferiore si trova a quattro dita trasverse al di sopra della piega dell'inguine. Il margine superiore, alquanto obliquo dall'alto al basso e da destra verso sinistra, tocca l'8.ª costola. In questo caso si sono notate delle variazioni nell'intensità della macchia osservata in maggio. In agosto è molto attenuata e non rimane una considerevole pigmentazione che al centro, per una estensione pari a quella di una moneta da 10 cm. Questa diminuzione di intensità della tinta della macchia coincide con un miglioramento considerevole delle condizioni generali e della sindrome neurologica. Invece il mese successivo, in coincidenza con un nuovo decadimento della nutrizione, la macchia ricomparisce, anzi appare più estesa verso sinistra, dove raggiunge quasi il prolungamento dell'ascellare anteriore. Anche il margine superiore sembra allora più alzato e meno obliquo.

R. O. C. 78-60. Riflessi vasomotori: ovunque dermografismo rosso piano di breve durata. Però in corrispondenza alla parte centrale della macchia, dove la pigmentazione è più fitta, la stria angioparetica è meno intensa ed è seguita da stria vasospastica della durata di alcuni minuti (2-3). Glicosuria alimentare e adrenalinica manca. Non si sono mai osservate anomalie del sudore. Riflessi pilomotori un po' più marcati agli arti inferiori, ma generalmente deboli, specialmente all'addome. La reazione pilomotoria generale per stimolazione del simpatico al collo è anormale a sinistra; a destra manca la pelle d'oca in corrispondenza alla metà destra dell'addome.

Costituzione gracile. Si palpano ghiandole linfatiche tumefatte agli inguini, alle ascelle, alle regioni sottomascellari e laterocervicali.

Ipofonesi e respiro aspro della fossa sopraspinosa sinistra. Cuore normale. P. 80 Pressione: massima 90, minima 60 (al Pachon). Un po' dolente la palpazione dell'addome al fianco sinistro. L'ottusità splenica arriva anteriormente all'ascellare anteriore; la milza si palpa (malaria pregressa). Fegato nei limiti. Orina: P. sp. 1022; albumina, glucosio, pigmenti assenti. Sangue: Hb. 60 % G. R. 4600000, G. B. 10500, Pol. Neutr. 55, eosin. 4. bas. 1, Linf. gr. 6, Linf. picc. 30 Fpass. 4.

Il ragazzo, entrato in Clinica in maggio con i fenomeni riassunti in questa storia, uscì in giugno, fu riosservato in luglio, agosto e settembre. Poi non fece più ritorno in Clinica. Si seppe che circa un anno dopo era morto con fatti di spondilite lombare resisi manifesti, per tubercolosi polmonare.

IV P. M. di anni 13, contadina.

Spondilite della XI^a vertebra dorsale. Gibbosità tipica, cifosi della colonna dorsolombare.

Paraplegia spastica con lieve atrofia uniforme dei muscoli degli arti inferiori.

Non si notano disturbi considerevoli della sensibilità obbiettiva. Appena un po' ottusa la dolorifica alle cosce (dermatomi L1, 2). Senso soggettivo di formicolio ai piedi.

Esageratissimi i riflessi profondi degli arti inferiori. Babinski bilaterale. Degli addominali, assenti gl' inferiori. Normali gli altri profondi e superficiali e gli iridei.

Disturbi, prevalentemente a tipo di ritenzione, della funzione vescicale.

Pigmentazione e trofismo cutanei: anche qui esiste la anormale pigmentazione sull' addome con i caratteri e i confini indicati per i casi I e II. Cioè ha una forma rettangolare, il cui limite superiore corrisponde al margine superiore della sesta costola e l' inferiore forma una linea un po' convessa a concavità in alto, fra le due spine iliache anterior-inferiori. I margini laterali si trovano fra ascellare anteriore e ascellare media.

R. O. C. 86-80. Non furono eseguite ricerche speciali per il saggio farmacologico del simpatico.

Riflessi vasomotori: dermografismo bianco, con stimoli lievi, agli arti inferiori e all' addome. Per stimoli forti dermografismo roseo seguito dal bianco nelle stesse regioni; altrove dermografismo rosso normale per stimoli forti e lievi. Reazioni pilomotrici normali. Non si è notata anomalia nella sudorazione.

Pallore. Denutrizione. Non si rilevano fenomeni morbosi a carico degli apparecchi circolatorio, respiratorio, digerente ed uropoietico.

Dopo l' applicazione del corsetto gessato l' a. uscì dal reparto chirurgico dell' Ospedale Civile di Cagliari, nel quale mi fu dato osservarla. Dopo d' allora s' ignora il destino dell' inferma

Nei quattro malati si trova dunque la macchia addominale precedentemente descritta. Alla descrizione che ne ho fatto corrisponde interamente quanto si vede nei casi 1.°, 2.° e 4.°. La macchia del caso 3.° offre qualche variante, e per l' estensione che è prevalente da uno dei due lati del corpo, ma inferiore che negli altri casi, e per le variazioni, alle quali ho assistito, nell' intensità della pigmentazione. I rimanenti caratteri della parziale melanodermia sono identici in tutti i quattro casi. Essenzialmente identici sono del pari i sintomi nervosi che si possono riportare, con maggiore o minore certezza, ad una spondilite assai poco avanzata in tre dei casi osservati, od anche a una semplice meningite pottica iniziale.

In uno dei quattro soggetti la tubercolosi polmonare fu anatomicamente controllata; di più fu accertata la tubercolosi di una delle capsule surrenali, una tubercolosi disseminata del peritoneo e la presenza dei gangli linfatici pericapsulari con tubercoli o in caseificazione. Anche un altro degli ammalati morì, ma non fu sezionato.

La presenza dell' anomala pigmentazione potrebbe avere per questo,ed anche per altre considerazioni che verrò esponendo, un grave significato pronostico.

Non può mancare in fatti il fattore surrenale.

Per lo stato della pressione, dell' energia muscolare, per le sue crisi diarrioche, per la dolenzia di punti addominali che sono assurti al significato di punti caratteristici per l' irritazione del plesso solare (v. SERGENT) il malato venuto all' autopsia era stato clinicamente un

addisoniano, per quanto frusto. Confrontando gli altri casi con questo anatomicamente documentato, ritroviamo molteplici segni, che è superfluo enumerare, i quali ci fanno supporre dei perturbamenti funzionali dell' apparecchio surreno-solare.

La difficile questione sta appunto nella limitazione e più ancora nella particolare topografia della melanodermia, che per essere costante e quasi perfettamente somigliante in quattro malati con gli stessi sintomi nervosi, non può essere considerata come accidentale.

La coincidenza di un Morbo di ADDISON completo con una « sindrome lombare» (dolore vertebrale, dolori irradiati dalle radici posteriori sull' addome e sugli arti inferiori, aumento dei riflessi tendinei nei territori innervati dai nervi corrispondenti, spasmi e contratture nella regione lombare e negli arti inferiori) fu già discussa dal Murri in una sua famosa lezione. Ammettendo egli , per forza di giudizio clinico, una spondilite lombare, supponeva che il primo anello della catena nel suo caso si trovasse nella tubercolosi polmonare : di là il bacillo avrebbe emigrato per via ematica nella colonna vertebrale e dalla colonna alle capsule surrenali.

Il MURRI accennava ancora alla verosimile associazione di lesioni midollari con lesioni del simpatico : « Io non so se sia stato osservato mai il succedere del morbo bronzino a una malattia del midollo. Però nessuno può ignorare che a un' alterazione midollare possono associarsi disordini del sistema gangliare ».

Ed il MURRI stesso nella citata lezione e in altre già fondava quella concezione del morbo d'ADDISON, che troviamo dopo quasi universale accettazione fissata nei termini esposti nel recentissimo libro del Bosellini ; la concezione cioè per cui nella patogenesi dell'ADDISON intervengono e l' ammalarsi delle capsule e quello del simpatico e quello dell' attività pigmentogena autoctona della pelle.

Le alterazioni di ricambio che avrebbero luogo nella cellula melanoblastica hanno tutta una bibliografia che non tocco : alla biochimica dei pigmenti cutanei e alle influenze dell' ambiente è dedicato un lavoro recente, ricco di esperimenti e di bibliografia, di H. PRZIBRAM e L. BUCHER.

Nei rispetti della topografia addominale descritta sono più decisive le cognizioni biologiche intorno alle influenze regolatrici del simpatico.

La diretta dipendenza della pigmentazione cutanea dal sistema nervoso assai più facilmente dimostrabile negli animali inferiori che nell' uomo, (v. parte della bibliografia in LAIGNEL-LAVASTINE. Rech. plexus. solaire) vien dimostrata per quest' ultimo da fenomeni clinici ad alcuni dei quali ho accennato. Molti altri ne elencano il NEHL e lo Zierl: neî pigmentati, albinismo parziale, lepra maculosa nervosa, compressioni del simpatico cervicale di un lato con sindrome di BERNARD-HORNER e canizie e depigmentazioni dell' iride dello stesso lato (K. MENDEL), ecc.

Per merito della loro importanza biologica non posso non ricordare qui le ricerche e le idee del v. RYNBERK sui disegni cutanei dei vertebrati in rapporto alla dottrina segmentale e sulla metameria dell' innervazione pigmentomotrice e di quella pilomotrice. In breve, la topografia dei territori di distribuzione cutanea delle fibre efferenti dei gangli della catena del gran simpatico corrisponde a quella dei territori di distribuzione delle fibre efferenti dei gangli spinali intervertebrali corrispondenti, e probabilmente le aree di distribuzione delle fibre efferenti dei gangli simpatici coincidono con le aree centrali medie dei dermatomi.

Per gli animali a manto del tutto o prevalentemente uniforme come pure per gli animali a manto irregolarmente pezzato, il v. RYNBERCK osservava quasi costantemente in rettili, pesci, anfibi, uccelli, mammiferi, uno stacco dorsale zonale di difetto, cioè una pigmentazione alquanto più intensa al dorso (parallelamente alla maggiore intensità sensisitiva delle aree dorsali dei dermatomi) e una pigmentazione più chiara all' addome.

Dunque qui tutti i metameri del corpo posseggono ugualmente la capacità di produrre pigmento, ma entro gli stessi segmenti la cute dorsale ne produce più di quella ventrale.

Questa variazione dell' intensità funzionale nel territorio di uno stesso dermatoma simpatico, che ha luogo per la pigmentazione, si ripete per altre funzioni.

Per le classiche esperienze di LANGLEY nel gatto si sa, di fatti, che le fibre pilomotrici per il tronco raggiungono la cute insieme ai rami nervosi cutanei della divisione primaria posteriore (dorsale) dei nervi spinali misti; che si distribuiscono soltanto alla regione dorsale della cute, e che l' area di distribuzione delle fibre pilomotrici di ciascun ganglio simpatico corrisponde al territorio di distribuzione cutanea delle fibre sensitive della radice posteriore spinale corrispondente, ma rimanendo assai più ristretta, perchè confinata al dorso.

Certo, nell'uomo le condizioni dell' innervazione pilomotrice sono assai più complicate, perchè, come avverte il THOMAS, le fibre che vanno agli erettori dei peli si trovano non soltanto nei rami cutanei dorsali dei nervi spinali, ma anche nei rami laterali e negli anteriori.

Anche per le fibre secretrici sudorifere del gatto si sa che si distribuiscono alle zampe, in aree ben delimitabili, comprese, perchè più ristrette, nei territori di distribuzione delle fibre sensitive delle radici posteriori provenienti dai singoli gangli simpatici corrispondenti.

Nell' uomo conosciamo soltanto delle distribuzioni certamente diverse, ma piuttosto grossolanamente determinate; dei territori spinali sudorali di prim' ordine (SCHLESINGER citato da PARI; metà della faccia; un arto superiore; metà superiore del tronco del collo, della nuca e del capo; ciascun arto inferiore); « i quali hanno limiti analoghi (ma più ampi) di quelli dei territori segmentali di sensibilità della cute ».

Ritornando alla pigmentazione, per gli animali con manto a striatura trasversale del tipo della zebra, nei quali la distribuzione segmentale della innervazione simpatica è già di per sè evidente, il v. RYNBERK ritiene che le strie scure rappresentino un eccesso di pigmentazione in corrispondenza a zone o linee dove esiste una sommazione dell' innervazione metamerica cutanea (limiti medi dei dermatomi, embricatura delle aree centrali di WINKLER e v. RYNBERK ecc.).

Negli animali a striatura longitudinale ad ogni punto di penetrazione nella pelle di un tronco nervoso corrisponde generalmente sulla cute un punto di pigmentazione più intensa; per i mammiferi la striatura longitudinale sarebbe da interpretare come derivante dalla confluenza in senso longitudinale di macchie isolate disposte nelle zone di interferenza intermetamerica (pseudostriatura longitudinale).

Più interessanti a ricordare sono le esperienze di v. RYNBERK nei pleuronectidi, e specialmente in Solea impar. Recidendo i rami nervosi ventrali dei nervi spinali insieme ai rami comunicanti del simpatico distalmente dalla confluenza del ramo comunicante, otteneva una zona scura (pigmento-paralitica) nella cute della regione ventrale; recisi alcuni rami dorsali o quelli ventrali prossimalmente ai rispettivi rami comunicanti grigi, otteneva una zona scura nella regione dorsale. Stabiliva inoltre che le zone pigmentomotrici coincidono, per distribuzione, forma ed estensione ai territori innervati dalle corrispondenti diramazioni provenienti dai gangli spinali intervertebrali; che quindi tanto i dermatomi sensitivi quanto i pigmentomotori decorrono insieme in forma di zona a fascia, embricantesi reciprocamente di una metà circa.

Queste risultanze hanno una grande importanza dal punto di vista anatomocomparativo e valgono a darci qualche probabile ragione per l' interpretazione della particolare topografia della macchia patologica, sopratutto perchè si vede come là dove le condizioni di innervazione sono più semplici e più schematici i rapporti fra radici spinali e rami provenienti dai gangli della catena simpatica laterale (negli animali inferiori), e là dove, nei mammiferi superiori, meglio coincide l' innervazione periferica dei nervi con quella delle radici spinali, come avviene per i nervi e per le radici dorsali, gli elementi simpatici seguono rigorosamente, per la loro distribuzione cutanea, i rami principali dei nervi dorsali, e a volte taluni elementi simpatici con speciale funzione seguono esclusivamente o prevalentemente l' uno o l' altro dei detti rami, e specialmente il dorsale e il ventrale.

Dalle citate ricerche risulta ancora che il simpatico eserciterebbe una funzione inibitrice sull' attività autoctona delle cellule pigmentogene. Soltanto questa funzione inibitrice è rimasta provata.

Che esistano anche fibre pigmentoeccitatrici è dubbio, e se anche sembra doverle ammettere, non si conoscerebbe la loro natura e la loro origine. Esse non potrebbero appartenere al sistema autonomo perchè alla cute sembra arrivare soltanto il sistema simpatico propriamente detto. Un' influenza dell' autonomo non potrebbe essere che indiretta, cioè inibitrice della formazione di ormoni eccitatori del simpatico, come l' adrenalina (Bosellini). Ma se così andassero le cose, cesserebbe il bisogno di ammettere delle fibre eccitatrici del pigmento.

Confrontando ora le anomalie della pigmentazione con quelle delle altre funzioni simpatiche nella zona di cute melanotica, le massime variazioni si trovano a carico dei vasomotori. A differenza delle parti alte della cute del tronco si ottengono sulla cute addominale strie rosee con alone bianco e strie rosee seguite da linee bianche piuttosto persistenti.

Nel caso Q. L. manca alla metà destra dell' addome (dove più intensa è la pigmentazione) la reazione pilomotrice in seguito alla stimolazione del simpatico al collo. In seguito a iniezioni di pilocarpina si ha alla cute dell' addome sudorazione inferiore a quelle delle altre parti nel caso K. W.

Sicchè qualche variazione, a tipo angiospastico, della reazione vasomotoria ; e fenomeni piccoli e variabili da caso a caso, indicanti qualche disturbo in difetto nel campo del simpatico che si reca alla cute addominale.

Invece una corrispondenza tra i sintomi dipendenti dalla lesione del midollo e delle radici spinali e la sede dell' iperpigmentazione cutanea manca quasi completamente.

La sede della spondilite, dove è ben rilevabile, è dalla vertebra D. X.ª in giù.

La paresi spastica coglie le estremità inferiori, cioè muscoli a innervazione spino-radicolare lombosacrale. I muscoli addominali non sono paralizzati.

Alle determinazioni delle innervazioni radicolari motorie dei muscoli addominali fissate da Dejerine vanno ora aggiunte alcune varianti stabilite dal Soderbergh mediante l' eccitazione elettrica delle radici dorsali anteriori D5 a D10 in individui laminectomizzati e mediante l' osservazione clinica di malati di meningomielite, di zona intercostale e di tumori midollari. Egli ha stabilito che i muscoli addominali sono innervati dalle radici in modo segmentario.

	Secondo Dejerine	*Secondo Söderbergh*
Grande retto	D5-9 D7-9 D10-12.	Porzione al di sopra dell'ombelico D5-8, intorno all'ombelico D9-10, al disotto D11 D12 (L.1).
Grande obliquo	D5-12	D7-10.
Piccolo obliquo	D8-L1.	Principalmente D10.
Trasverso	D7-L1.	Principalmente D9.

I riflessi addominali sono tutti presenti in due casi; solo nel secondo mancano gl' inferiori e i medi, e nel quarto gl'inferiori.

Anche per i riflessi addominali variano alquanto le determinazioni del SÖDERBERGH da quelle del DEJERINE:

	Secondo Dejerine	*Secondo Söderbergh*
R. addom. sup.	D6 D7.	D (6) 7 8 9.
» » medio	D8 D9.	D8 9 10.
» » inferiore	D10, 11, 12.	D (9) 10 11 12 (L1).

Infine i disturbi obiettivi della sensibilità dove vi sono, sono insediati in dermatomi radicolari molto più bassi di quelli addominali: L.4 L.5 S.1; S.1 ed S.2.

È chiaro che la iperpigmentazione occupa una zona di cute che corrisponde ai territori sensitivi delle radici dorsali (5) 6, 7, 8, 9, 10, 11. Ma non li occupa interamente; lascia libera di fatti la zona corrispondente ai segmenti posteriori dei dermatomi, innervati dai rami posteriori, mentre occupa in gran parte il segmento anteriore, innervato dai rami perforanti anteriori e laterali. Dico in gran parte, e non interamente, perchè ciascuno dei margini laterali della macchia non raggiunge la linea acromio-trocanterica che segna il confine fra il territorio dei rami posteriori e quello dei rami anteriori, suddivisi a lor volta in perforanti laterali e perforanti anteriori.

D' altra parte la zona pigmentata supera verso l' esterno la linea (v. DEJERINE) che divide anteriormente il campo dei rami perforanti anteriori da quello dei rami perforanti laterali, perchè raggiunge presso a poco una linea fra ascellare anteriore e ascellare posteriore. Sicchè verosimilmente la macchia, insediata nel territorio delle radici dorsali D.5 a D.11, occupa la zona innervata dalle branche perforanti anteriori dei corrispondenti nervi spinali e dai rami anteriori delle branche perforanti laterali (le quali si suddividono in rami anteriori e rami posteriori.)

Ora, la costanza di questa localizzazione fa anzitutto riflettere come i nervi dorsali D.5 a D.11 sian quelli che inviano e ricevono comunicanti e contraggono più intimi rapporti con i corrispondenti gangli della catena laterale del simpatico che sono i gangli di origine del grande e del piccolo splancnico, cioè del sistema splancnico. Onde nasce l'ipotesi che il disturbo pigmentario osservato sull' addome sia una manifestazione, un' espressione di particolari condizioni esistenti nel vasto sistema splancnico-solare che si farebbe risentire sulla cute addominale per mezzo dei rapporti fra i gangli della catena laterale che sono la sorgente, almeno apparente, degli splancnici, e i rami dei corrispondenti nervi dorsali, che si distribuiscono alla cute.

Secondo questa ipotesi, stimoli morbosi che partono dall' innervazione addominale sono trasmessi al midollo direttamente, con le

radici posteriori, attraverso i rami afferenti nel midollo, per via di un arco riflesso (1); detti stimoli sono trasmessi alle cellule simpatiche, da queste agli elementi dei gangli della catena laterale, da questi, per via dei rami comunicanti grigi, al nervo misto e quindi alle sue diramazioni cutanee (ovvero direttamente dagli elementi simpatici del midollo alla periferia per mezzo dei loro cilindrassi senza interposizione di un secondo neurone nel ganglio della catena laterale, perchè sembra che le fibre simpatiche nate nel midollo a livello dei segmenti d' origine degli spalancnici attraversino soltanto, senza contrarre alcun rapporto con altri elementi, il ganglio corrispondente, oppure, seguendo il cordone intermedio, più gangli : le vie efferenti del sistema splancnico non avrebbero centri trofici nei gangli della catena, cioè il sistema splancnico sarebbe privo di deutoneuroni efferenti). (LAIGNEL-LAVASTINE).

Si è costretti, in altri termini, a riprendere l' ipotesi di RAYMOND che poggiandosi sugli esperimenti di MILNE-EDWARD e di PAUL BERT nei pesci e nelle rane, e quelli di POUCHET e di VULPIAN nel camaleonte, supponeva l' esistenza di nervi speciali, dipendenti da centri speciali, per la regolazione del pigmento, onde nella malattia bronzina la lesione del simpatico si farebbe risentire sul centro particolare, e per questa eccitazione produrrebbe la pigmentazione patologica (LAIGNEL-LAVASTINE).

Ma quale sarebbe il rapporto fra la pigmentazione, espressione di una sofferenza del sistema splancnico-celiaco, e il processo vertebrale e midollare esistente nei casi da me riferiti ?

È stata già dimostrata la possibilità di processi di degenerazione del sistema splancnico in seguito a mieliti di varia natura, ma sarebbero strettamente dipendenti dall' altezza della mielite. LAIGNEL-LAVASTINE che ha eseguito siffatte ricerche in casi di frattura vertebrale, di mielite acuta, e di mielite tubercolare, asserisce che i gangli prevertebrali e quelli della catena laterale e i rami che li uniscono restano indenni quando la lesione midollare risiede al disotto dell' origine degli splancnici.

È il caso nostro ; e la distanza tra la sede della meningomielite pottica e quella dell' ammesso arco riflesso splancnico-midollo-simpatico cutaneo apparisce ancora più grande se si consideri che i centri trofici

(1) È il solito arco riflesso che si deve ammettere anche per i fenomeni della vaso-dilatazione e della vasocostrizione periferiche, della pilomozione e della sudorazione dipendenti da simoli cutanei e da processi degli organi interni. Lo ZIERL difatti così riassume l'arco per i riflessi vegetativi cutanei: il braccio afferente consta di vie sensitive che arrivano al midollo attraverso i rami cutanei, i gangli spinali e le radici posteriori, per mettersi in rapporto coi centri vegetativi del corno laterale.

Per le fibre vasocostrittrici, pilomotrici e sudorali il ramo efferente si porta al nervo spinale attraverso la radice anteriore, il ramo comunicante bianco, il ganglio simpatico : per le fibre vaso-dilatatrici e inibitrici del sudore attraverso le radici posteriori.

Ma lo ZIERL non parla della pigmentazione, funzione vegetativa tuttora oscura ; e parla soltanto degli stimoli cutanei, non di quelli originati da organi interni, che danno luogo del pari a fenomeni vasomotori, pilomotori e secretori della pelle, ed anche a quei fenomeni sensitivi cutanei sui quali è basata la dottrina e la localizzazione delle zone di HEAD. Delle quali recentemente in semeiotica si sono descritte delle spontanee obbiettivazioni vasomotorie (ZAK), mentre si tenta di provocarne la obiettivazione e di saggiarle mediante la galvanopalpazione (KAHANE).

Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi
Anno 1921 — Volume II — Fasc. 2.°



Fig. 1.

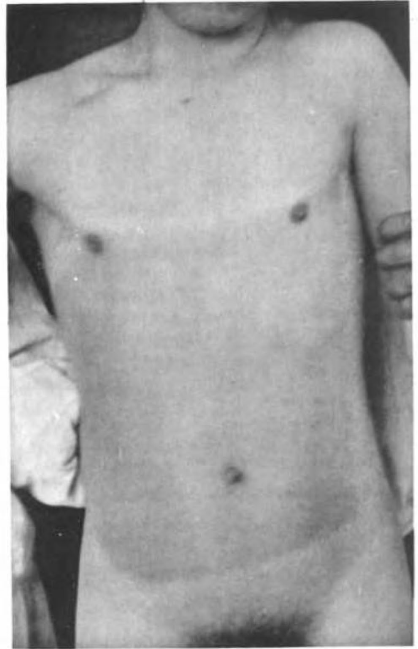


Fig. 2.



Fig. 3.

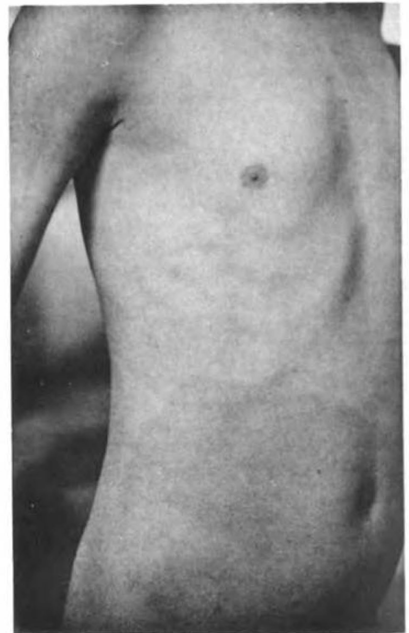
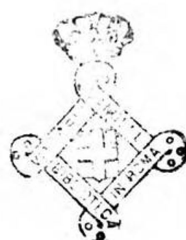


Fig. 4.

L. De Lisi — Sulla topografia e sul significato di certe macchie brune della cute addominale osservate in ammalati di mielite pottica lombare.



delle fibre efferenti, cioè le origini reali del sistema splancnico, sono situati, come avrebbero dimostrato apposite ricerche, più in alto che i punti di emergenza, cioè le origini apparenti (LAIGNEL-LAVASTINE).

Siffatta considerazione, e la mancanza di sintomatologia a carico della porzione D.5 - D.11 del midollo e delle corrispondenti radici, fanno ritenere che non si siano stabiliti fra gli speciali fenomeni meningo-midollari-lombari e quelli simpatici degli stretti rapporti, basati su particolari relazioni topografiche; che non si trovino cioè fra i due ordini di fatti rapporti semeiotici, ma clinici.

A tubercolosi della colonna, delle meningi, del midollo, si associano spesso disturbi d'analoga natura del simpatico addominale e del sistema surrenale, probabilmente per via linfatica. Nel mio caso con autopsia è ben provata la tubercolosi di una capsula surrenale, di alcune ghiandole linfatiche e di altri organi addominali.

D'altra parte l'anatomia patologica insegna come siano frequenti i processi infiammatori e degenerativi dei gangli solari e le gravi degenerazioni svelabili, cioè quelle delle fibre a mielina, nel morbo di ADDISON e anche in semplici tubercolosi polmonari e peritoneali.

Ma l'ipotesi deve rispondere a diverse obbiezioni.

1.º Perchè non si ha la stessa pigmentazione anormale, con i medesimi caratteri, nelle altre svariate simpaticopatie celiaco-splancniche?

LAIGNEL-LAVASTINE, appoggiandosi su casi di sindrome di ADDISON senza apprezzabili lesioni grossolane delle surrenali, da lui descritti, e su di una osservazione di PENDE e VARVARO, conchiude che essendo la sindrome di ADDISON l'espressione di un certo grado di insufficienza surrenale cronica con perturbazione della regolazione pigmentaria surreno - simpatica, si può differenziare in due varietà, una più frequente e in generale protopatica, con predominio di lesioni surrenali; una seconda, spesso frusta e per lo più secondaria alla tisichezza polmonare, con predominio di lesioni simpatiche perisurrenali, solari e splancniche.

D'altronde sono infinite le gradazioni della melanodermia negli stessi addisoniani conclamati. E nei nostri casi, per quanto s'abbia reperto anatomico di tubercolosi di una capsula surrenale, clinicamente non si sarebbe potuto affermare che un addisonismo frusto.

La esclusività della detta manifestazione in casi di meningomieliteradicolite pottica dorso-lombare, quale a me risulta, non può essere affatto intesa in senso assoluto. Essa può dipendere da una pura accidentabilità nell'ambito della mia limitata casistica, composta in massima parte di malattie nervose, e occorreranno ulteriori ampie osservazioni per vedere se si tratti di esclusività o di prevalenza o di nessuna delle due condizioni di fronte ad altre malattie tubercolari. È possibile tuttavia che pur non esistendo rapporti semeiotici, topografici fra la malattia midollare e la sofferenza del sistema splancnico, non siano senza influenza i disturbi midollari e radicolari lombari, in quanto anche contingenti simpatici provenienti dalla catena lombare dei gangli partecipano alla formazione del plesso celiaco e arrivano ai gangli semilunari.

2.º Perchè non si hanno disturbi vasomotori, pilomotori e sudorali della stessa intensità di quelli pigmentari, e nello stesso ambito della cute iperpigmentata?

Ho già notato i disturbi delle altre funzioni vegetative cutanee, là dove vi sono; e che la vasomozione, la pilomozione e la sudorazione non sono alterate in grado pari alla pigmentazione e con la stessa costanza.

A queste dissociazioni fra le manifestazioni patologiche delle funzioni simpatiche della pelle in clinica si è abituati; tanto è vero che anche là, dove anatomicamente non si sono invidualizzate, si è dovuto ammettere fibre speciali, differenziate, per ognuna delle dette funzioni.

Di più il fattore d'ordine endocrino e biochimico che qui si deve invocare, spiega perchè si abbia sopratutto o esclusivamente un'alterazione della pigmentazione.

3.° Perchè infine la pigmentazione è limitata nei confini descritti e non si estende anche al dorso, in guisa da avvolgere in cintura tutto il tronco, corrispondentemente all'innervazione totale dei nervi dorsali 5-11?

Siamo ben lontani da un'anatomia delle vie simpatiche pigmento-regolatrici; ma la clinica forse ci indica qui un piano di distribuzione delle fibre pigmento-regolatrici alla cute del tronco.

Esse, o almeno quelle che sono in rapporto con le vie afferenti del sistema splancnico dovrebbero seguire in toto o in prevalenza la branca ventrale del nervo dorsale e distribuirsi alla cute con i rami anteriori e con le diramazioni anteriori dei rami perforanti laterali.

Ovvero, per ragioni che ci sfuggono, dovrebbero essere funzionalmente alterate solo le fibre simpatiche che seguono la detta branca e i detti rami e diramazioni.

L'ipotesi ora è pura ipotesi, ma non contrasta con quei principi biologici fondamentali ai quali si è accennato ricordando le osservazioni di v. RYNBERK sui disegni cutanei dei vertebrati in rapporto con la dottrina segmentaria.

Si potrebbe ancora pensare alla trasformazione degli stimoli patologici provenienti per via degli splancnici in anomalie della funzione pigmento-regolatrice per mezzo di una riflessione più breve, extramidollare, nei gangli della catena laterale appartenenti al sistema splancnico. Ma qui si cozza contro opinioni assolutamente controverse, e cioè contro la questione dell'unilateralità o pluralità dei neuroni sensitivi del simpatico, e contro quella riguardante la possibilità dei riflessi ganglionari, negata da LANGLEY.

Di più il riflesso gangliare sembrerebbe nel nostro caso ancora più inverosimile pel fatto che i nervi splancnici, come quelli che nella loro costituzione di nervi simpatici più assomigliano ai nervi spinali, non sembrano possedere deutoneuroni efferenti, ma solo protoneuroni efferenti.

L'ipotesi, che servirebbe così principalmente a spiegare la topografia della macchia descritta, per quanto schematica, e abbisognevole di ulteriori controlli, è razionale; nè vi contrasta il fatto, che nel caso 3.° la pigmentazione è stata prevalente da uno dei lati, perchè eventualmente indicherebbe l'emilateralità del disturbo splancnico-midollare.

Essa non può valere, evidentemente, per tutte le pigmentazioni che hanno luogo in conseguenza di sofferenze midollari. Tuttavia anche per quelle rilevate dal THOMAS in alcune sezioni complete traumatiche del midollo, senza negare l'influenza delle alterazioni della colonna

sotto lesionale del simpatico nel midollo stesso, occorre considerare le gravi sofferenze degli organi addominali, alle quali del resto accenna lo stesso THOMAS.

CONCLUSIONI.

In quattro malati di meningo-mielite pottica lombare si è riscontrata una macchia bruna occupante la cute addominale, e più precisamente la zona di cute che riceve la propria innervazione sensitiva spinale dalle radici e dai nervi dorsali (5), 6, 7, 8, 9, 10, 11, ma limitata all' esterno da una linea presso a poco corrispondente alla divisione fra diramazioni anteriori e diramazioni posteriori dei rami perforanti degli stessi nervi dorsali. In un caso la macchia era un po' più ristretta e prevalente da un lato.

La macchia è di natura addisoniana ; difatti in un caso venuto a morte si è riscontrata la tubercolosi di una delle capsule surrenali, e negli altri, fenomeni clinici di addisonismo frusto. E un altro degli ammalati morì.

La particolare topografia della macchia, insediata nel territorio delle radici e dei nervi dorsali che contraggono rapporti con i gangli della catena laterale e con i rami comunicanti del sistema splancnico, induce a ritenere che la limitata iperpigmentazione sia l' espressione di una particolare sofferenza del sistema solare splancnico, traducentesi attraverso una riflessione midollare, nella particolare melanodermia, sostenuta da un fattore nervoso e da un fattore endocrino-biochimico.

Data la sede della spondilite e del processo meningo-midollare indicato dalla sintomatologia nervosa , non si riscontrano rapporti topografici fra la mielite, che viene a trovarsi al disotto dell' origine reale e di quella apparente degli splancnici e la eventuale sofferenza del sistema celiaco-splancnico. È tuttavia nota clinicamente l' associazione di « sindrome lombare » e di fenomeni addisoniani ; e questa è probabilmente la causa per cui si è rilevata la macchia addominale soltanto in casi di POTT dorso-lombare. Ulteriori osservazioni diranno se la melanodermia, con gli stessi caratteri e la stessa topografia, si stabilisca anche in altre condizioni di simpaticopatia addominale.

Nell' oscurità che regna intorno alla funzione pigmentaria del simpatico e alla distribuzione delle fibre pigmento-regolatrici, la clinica potrebbe con questi casi indicare un piano di distribuzione delle fibre stesse alla cute del tronco. La limitazione della macchia a una sola porzione dei dermatomi (parte della sezione anteriore) non contrasta con le leggi biologiche fondamentali che regolano la disposizione segmentaria della pigmentazione dei vertebrati e in termini generali la disposizione segmentaria del simpatico cutaneo.

Dal lato clinico e semeiotico la macchia descritta rientra nel novero di quelle melanodermie parziali che si suole incontrare nell' addisonismo frusto e in varie forme di tubercolosi; ma essa ha la particolarità di indicare con la sua speciale topografia la sofferenza di una sezione determinata dal sistema simpatico. Coerentemente alla sua natura, e in base all' elevata mortalità avveratasi nella piccola casistica riferita, essa rappresenta un indizio prognostico grave.

BIBLIOGRAFIA.

Bosellini. — La dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna. *Soc. Editrice Libraria*, 1921.

Castellino e Pende. — Patologia del simpatico. — *Vallardi*, 1915.

De Giovanni. — Patologia del simpatico.

Dejerine. — Semiologie des affections du système nerveux.

Kahane. — Kutane Diagnostik innerer Krankheiten. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1920, p. 388.

Klippel et Weil. — Vitiligo métamerique, vitiligo commissural et Naevus vitiligo. — *Revue neurologique*, 1920, *fasc.* 8.

Laignel-Lavastine. — Recherches sur le Plexus solaire — *Steinheil*, 1903.

Laignel-Lavastine. — Secrezioni interne e sistema nervoso.— Questo Archivio, fascicolo precedente.

Langley e Sherrington. — On pilomotor nerves. — *Journal of Physiology*, *XII*.

Langley. — Preliminary account of the arrangement of the sympathetic nervous system, based chiefly on observations on pilomotor nerves. — *Proceedengs of the Roy. Society of London*, *III*.

Langley. — The arrangement of the sympathetic nervous system based chiefly upon pilomotor nerves. — *Journal of Physiology*, *XV*.

Langley. — Further observations on the secretory and vasomotor fibres of the foot of the cat. — *Journal of Physiology*, *XVII*.

Micheli. — Contributo allo studio del dermografismo — *L'Ospedalè Maggiore, Milano*, *n.* 4, 1921.

Murri. — Morbo d'Addison e sindrome lombare — *Lezioni Cliniche*, 1908.

Nehl. — Ueber den Einfluss des Nervensystems auf den Pigmentgehalt der Haut. — *Zeitsch. f. klin. Med. Bd.* 81, 1914.

Pari — Sulle anomalie della sudorazione come segno cerebrale di focolaio. *Accademia di Medicina di Padova*, 1916.

» — Gli accessi sudorali nella meningite della base. — *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1916, *n.* 91.

» — Sulla sudorazione da ipotonicità del sangue, da calore, da febbre. *Gazz. Osp. Clin.* 1920, *n.* 51.

» — Vie e centri sudorali spinali. — *Gazz. Osp. Clin.* 1920, *n.* 42.

» — Sui rapporti fra l' innervazione cerebrale e l' innervazione spinale della secrezione del sudore. — *Gazz. Osp. Clin.*, 1920 *n.* 79.

» — Le anidrosi nelle mielopatie. — *Riforma medica, a. XXXVI*, n. 20

» — Le iperidrosi nelle mielopatie, al di sotto della lesione. — *Policlinico, Sez. pratica*, 1920.

» — Le iperidrosi nelle mielopatie, al di sopra della lesione. — *Morgagni, P. I.ª*, 1920.

» — Unilateralità e omolateralità dell' innervazione sudorale spinale — *Folia medica*, 1920, *n.* 17.

» — Emianidrosi e emiiperidrosi spinali nella sindrome di Brown Séquard — *Rivista critica di Clin. medica*, 1920, *fasc.* 6.

» — Localizzazione degli elementi sudorali nel midollo. — *Giornale di Clinica medica*, 1920, *fasc.* 6.

Pende e Varvaro. — Morbo di Addison con integrità apparente delle ghiandole surrenali e con ipertrofia delle ghiandole surrenali accessorie. — *Riforma medica* 1913, *n.* 40.

Przibram u. Bucher — Ursachen tierischer Farbkleidung. — I. Vorversuche an Extrakten. II. Theorie. — *Arch. f. Entwicklungsmechanik der Organ. Bd.* 45 H. 1.2.

v. Rynberk. — I disegni cutanei dei vertebrati in rapporto alla dottrina segmentaria. — *Archivio di Fisiologia*, 1906, *p.* 1.

v Rynberk. — Sulla metameria del sistema nervoso simpatico. I.° L' innervazione pigmentomotrice.—*Archivio di Fisiologia*, 1906 *p.* 601

v. RYNBERK. — Sulla metameria del sistema nervoso simpatico. — II. L' innervazione pilomotrice. — *Archivio di Fisiologia*, 1907 p. 349.
SERGENT. — Étude clinique sur l' insuffisance surrénale. — *Maloine, Paris*, 1914.
SÖDERBERGH. — Études sur la neurologie de la paroi abdominal au point de vue de la ségmentation musculaire et reflexe. — *Acta medica scandinavica, Vol. XX*, 1920.
SOUQUES. — Pigmentation cutanée en demiceinture dans un cas de zona intercostal. — *Revue neurologique*, 1921, *fasc.* 2.
THOMAS. — La pigmentation de la peau dans les blessures et les affections de la moelle. — *Revue neurologique*, 1921, *n.* 1.
THOMAS. — Le reflexe pilomoteur. — *Masson*, 1921.
WIESEL. — Krankheiten der Nebennieren — *in Lewandowsky, Handbuch der Neurologie, Bd. IV*.
ZAK. — Ueber viscero-vasomotorische Zonen. — *Wiener klin. Wochensch.* 1920, *n.* 25.
ZIERL. — Einfluss des vegetativen Nervensytems auf die Haut — in MÜLLER. — Das vegetative Nervensystem. — *Springer*, 1921.

Clinica delle malattie nervose della R. Università di Roma
Direttore: Prof. G. MINGAZZINI

L'EMIANOPSIA LATERALE OMONIMA
DA ARTERIITIS LUETICA DEI RAMI PROFONDI DELL' ARTERIA CEREBRI POSTERIOR

del Dott. G. FUMAROLA, Lib. Doc. e Ajuto.

Il momento causale più frequente della emianopsia laterale omonima nella sifilide è costituito o da affezioni vasali luetiche o da meningiti basali gommose. L'emianopsia laterale omonima dovuta ad alterazioni vasali luetiche, e propriamente ad arteriitis dell'arteria cerebri posterior, è, secondo il parere concorde degli autori, una evenienza piuttosto rara. WILBRAND e Saenger (1) hanno raccolto dalla letteratura, fino al 1917, circa 30 di siffatti casi, alcuni con reperto, altri senza: non tutti, però, sono puri, dappoichè spesso agli effetti dell' alterazione vasale si associano quelli della meningite gommosa; i casi puri non arrivano a venti.

Dal 1917 in poi non ho trovato registrati nella letteratura casi consimili. La scarsità della casistica mi ha quindi indotto a render note le storie cliniche di due pazienti affetti da emianopsia laterale omonima, e nei quali la sintomatologia e l'esito della cura hanno dimostrato trattarsi di arteriitis luetica dei rami profondi dell'arteria cerebri posterior.

Osservazione I. — ANGELONI ANTONIO, di anni 50, contadino. Beve tre bicchieri di vino pro die. Nega lues. La moglie ha avuto cinque gravidanze, tutte condotte a termine. Il paziente contrasse infezione malarica a 35 anni, ammalò di pleurite essudativa sinistra a 38 e di vaiuolo a 48: a quest' ultima malattia fece seguito una ipoacusia destra. Stette poi bene fino al giorno 26 Luglio 1920, quando, senza alcun sintomo premonitorio, fu improvvisamente colpito da un ictus, con perdita della coscienza e caduta per terra. Ritornata la coscienza dopo parecchie ore, si accorse che non poteva più muovere gli arti di sinistra, che parlava con difficoltà, che l' udito era divenuto ottuso anche a sinistra e che la vista era diminuita bilateralmente. Il disturbo della parola scomparve completamente dopo qualche giorno; indi, poco per volta, regredirono i disturbi della motilità, e dapprima nella mano, poi negli altri due segmenti dell' arto superiore, per ultimo nell' arto inferiore. Dopo circa tre settimane dall' ictus, migliorò alquanto anche il disturbo visivo.

Al momento dell' ingresso in Clinica — cioè a dire quattro mesi circa dopo l'ictus — il paziente accusava: debolezza e rigidità dell'arto inferiore sinistro, astenia lieve del superiore omolaterale, ambliopia bilaterale,

(1) Wilbrand und Saenger. — Die Neurologie des Auges. Siebenter Band. 1917.

ipoacusia prevalente a sinistra. L' infermo non aveva praticato alcuna cura. S T A T U S : (20 Nov. 920). Normale l' oculomozione, sia all' esplorazione mono che binoculare. Il corrugamento della fronte e la chiusura delle palpebre si compiono con maggiore energia a destra che a sinistra. La plica nasolabiale sinistra è un po' più spianata della destra. Nell' atto di digrignare i denti, i muscoli periorali di sinistra si contraggono meno bene di quelli di destra. La lingua è bene protrusa, non deviata, mobile in tutti i sensi. L' arcata palatina destra è un po' meno ampia di quella sinistra ; il velopendolo, però, è bene mobile d' ambo i lati nella fonazione. Non disturbi della masticazione nè della deglutinazione ; non disartrie, nè disfasie di sorta

Normali i movimenti passivi ed attivi del collo. I movimenti passivi dell' arto superiore sinistro oppongono una resistenza alquanto maggiore che a destra ; gli attivi sono tutti possibili e completi bilateralmente. A mani protese, l' arto superiore sinistro si abbassa prima del destro. Dinamometro, a destra = 27 ; a sinistra 12. Quando il paziente è in decubito dorsale, si nota che che il piede sinistro è in varo equinismo lieve. I movimenti passivi nei varj segmenti dell' arto di questo lato oppongono una resistenza notevolissima, specialmente nel piede e nella gamba, gli attivi sono limitati, e sopratutto lenti e stentati, specialmente nel piede. I movimenti passivi e attivi dell' arto inferiore destro sono normali. Il paziente è assolutamente incapace di tenere sollevati contemporaneamente gli arti inferiori dal piano del letto. Quando, a braccia conserte, egli cerca di passare dal decubito dorsale alla posizione seduta, l' arto inferiore sinistro si flette immediatamente sul bacino (f l é x i o n c o m b i n é e).

La deambulazione si palesa tipicamente paretico-spastica a sinistra.

Gli sfinteri vescico-rettali sono integri.

Riflesso rotuleo destro pronto, prontissimo il sinistro, fino alla trepidazione epilettoide ; clono della rotula a sinistra ; achilleo destro debole, vivacissimo il sinistro, fino al clono del piede. Il riflesso plantare, a destra si esplica con retrazione di tutto l' arto e con flessione delle dita, a sinistra con lieve flessione delle ultime quattro dita ed immobilità dell' alluce. Mancano i segni di ROSSOLIMO, di GORDON e di SCHAEFFER. Cremasterici, vivacissimi bilateralmente, ma a destra un po' più che a sinistra; deboli gli addominali ; gli epigastrici pronti, anche a destra un po' più che a sinistra, Riflessi tendinei superiori tutti un po' più accentuati a sinistra. Pupille ampie, uguali, a contorni regolari ; iridi reagenti alla luce alquanto torpidamente.

Emipoestesia tattile, termica, dolorifica e vibratoria su tutta la me à sinistra del corpo, più accentuata nelle parti distali degli arti. Batiestesia e stereognosi normali. Non disturbi atassici o dismetrici negli arti superiori e nell' arto inferiore destro : lo spasmo enorme, e la consecutiva limitazione della motilità attiva, non permettono di fare questa ricerca nell' arto inferiore sinistro.

Ipoacusia e lieve iposmia (soltanto per l' assa fetida) a sinistra. Rinne, normale a sinistra, invertito a destra. WEBER, lateralizzato a destra.

V i s u s O.D. = 1/3; O. S. = ½ (senza correzione). La percezione dei colori, anche fondamentali, è incerta bilateralmente. L' esame campimetrico permette di constatare una emianopsia laterale omonima sinistra, con restringimento periferico dei campi conservati. Oltre ciò si nota che la linea di divisione fra le due metà del campo visivo invade per un certo tratto anche l' altra metà del campo visivo (così detta « p a r t e e s u b e r a n t e d e l c a m p o v i s i v o »). (Fig. 1)

F u n d u s o c u l i, n o r m a l e

L' e s a m e p s i c h i c o non fa rilevare alcun disturbo degno di rilievo.

Polmoni e cuore, sani.

Pressione sanguigna (Pachon): massima, 125 mm.; minima 75 mm.

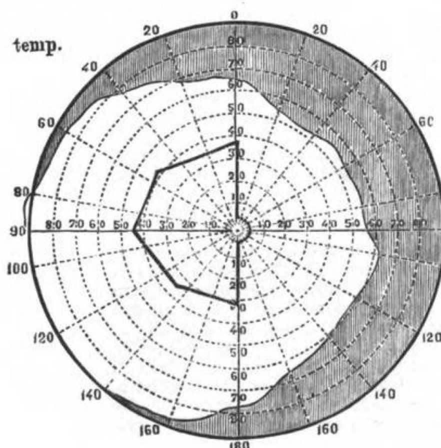
Esame delle urine negativo.

W. R., nel sangue, positiva completa.

P. L. L i q u o r limpido, trasparente, a pressione normale ; albumina, 2 linee (della provetta di Nisse) ; globulina, tracce ; nel sedimento, qualche raro linfocito.

R i a s s u m e n d o , trattasi di un paziente di anni 50, il quale nel Luglio 1920, in pieno benessere, fu colpito improvvisamente da un i c t u s, accompagnato da perdita completa della coscienza, seguito da emiplegia sinistra, disturbi della parola a tipo disartrico, diminuzione dell' udito e della vista. I disturbi della parola scomparvero rapidamente ; poco per volta scomparvero del pari quelli della motilità dell' arto superiore sinistro, residuò invece una paresi gravemente spastica nell' inferiore omolaterale. I disturbi della vista e dell' udito subirono soltanto un lieve miglioramento.

CAMPO VISIVO O.D. O.S.



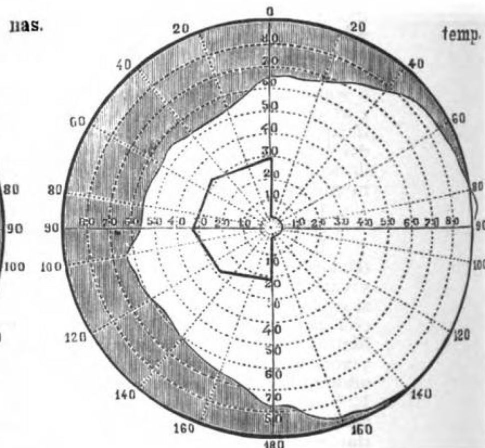


FIG. 1

Emianopsia laterale omonima sinistra, con spiccato restringimento periferico della metà conservata dei campi visivi e la cosidetta « parte esuberante del campo visivo » (Osservazione I).

Obbiettivamente fu constatato , a sinistra : paresi lieve del VII, a tipo centrale ; lieve ipertonia ed astenia dell' arto superiore ; enorme aumento di resistenza dei movimenti passivi dell' arto inferiore, e corrispondente limitazione degli attivi ; f l e x i o n c o m b i n é e ; — esagerazione di tutti i riflessi tendinei sopratutto inferiori , fino alla provocazione del clono del piede e della rotula ; emipoestesia tattile, termica, dolorifica e vibratoria; ipoacusia. Inoltre : emianopsia laterale omonima sinistra con restringimento periferico del campo conservato.

Cerchiamo, ora, di stabilire con la semplice scorta dei dati obbiettivi la sede precisa della lesione. La conoscenza del modo di decorrere delle vie ottiche, circoscrivendo il campo delle ipotesi, ci agevolerà di molto il compito. L' emianopsia laterale omonima, difatti, non può essere riferita che o ad un processo morboso a carico di un t r a c t u s o p t i-

cus, o di un corpus geniculatum laterale, (e forse anche del pulvinar thalami), o della corteccia cerebrale (rispettivamente, secondo alcuni, della sola area striata, o delle radiazioni ottiche) del lobo occipitale.

Di regola l'emianopsia laterale omonima sintomatica di una lesione che interessa uno dei tratti ottici, si associa con disturbi a carico di altri nervi della base, poichè i casi di affezione che si limitano esclusivamente al tractus (emorragie, rammollimenti, tumori) costituiscono rare eccezioni. Se l' emianopsia laterale omonima dipende da una lesione del corpus geniculatum laterale, esistono in genere nel tempo stesso disturbi sensitivi, sensoriali e motori, ben spiegabili quando si ponga mente che il corpus geniculatum laterale confina medialmente con la regione retrolenticolare della capsula interna, onde un focolaio che lo colpisca deve necessariamente comprimere (o irritare) più o meno direttamente tanto le vie sensitive e sensoriali decorrenti nel talamo, quanto le vie motrici che passano nella limitrofa regione piramidale della capsula stessa. A ciò si aggiunga che sia nelle lesioni del tractus che in quelle del corpus geniculatum laterale può mettersi in evidenza la reazione emianopica di WERNICKE; oltre ciò il paziente, secondo DUFOUR, è cosciente della deficienza del campo visivo (vede in nero le parti anopiche) : fatti questi che non sogliono ordinariamente osservarsi nelle lesioni poste lungo il tragitto delle radiazioni ottiche.

Applicando, ora, questi criteri al caso in esame, è facile escludere una lesione del tractus e del corpus geniculatum laterale, tanto per la mancanza di disturbi a carico di altri nervi della base, quanto per l'assenza della reazione emianopica di WERNICKE e per il fatto che il paziente non ha alcuna coscienza del deficit del campo visivo. Siamo, quindi, obbligati a porre la sede del processo morboso o nella corteccia del lobo occipitale, o nelle radiazioni ottiche. Ma una lesione della corteccia del lobo occipitale, pur dandoci spiegazione della emianopsia laterale omonima, non potrebbe davvero renderci ragione nè dei disturbi motori, nè di quelli sensitivi ed uditivi. Non resta allora altra ipotesi che quella della lesione delle radiazioni ottiche. Ora, perchè un processo morboso, ledendo le radiazioni in parola, possa contemporaneamente determinare a sinistra un' emipoestesia, un' ipoacusia ed un monospasmo crurale deve necessariamente aver sede nella regione retrolenticolare destra. Basta dare uno sguardo alla figura schematica qui annessa, (tratta dal trattato del MONAKOW : *Grosshirnpathologie*) per rendersi subito conto di ciò (Fig. 2).

Nella regione retrolenticolare passano, infatti, tanto le radiazioni ottiche di GRATIOLET, quanto le fibre del fascio acustico centrale, per espandersi le une nella corteccia del lobo occipitale, le altre nella sfera corticale uditiva del lobo temporale. Un processo morboso, quindi, posto in questa sede, può ledere contemporaneamente questi due sistemi di fibre, determinando una emianopsia laterale omonima ed una ipoacusia del lato opposto. D' altra parte, data la vicinanza del focolaio alla porzione posteriore del segmento posteriore della capsula interna, là dove cioè decorrono parte delle fibre sensitive e il fascio cortico-crurale, si spiega facilmente l'emipoestesia sinistra e lo spasmo dell' arto inferiore dello stesso lato. Si potrebbe soltanto obiettivare come mai una lesione unilaterale del fascio acustico abbia potuto determinare, contrariamente ai dati dell' esperienza, una ipoacusia a carattere permanente del lato op-

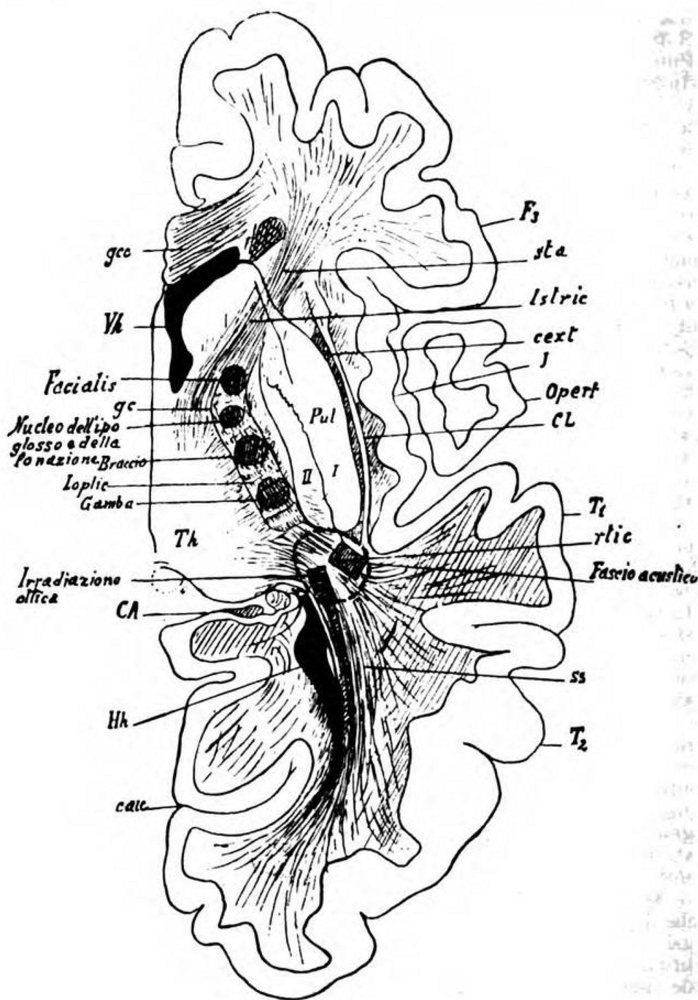


Fig. 2.

Taglio orizzontale attraverso l' emisfero cerebrale dell' uomo, a livello della parte media del ginocchio del corpo calloso e del *pulvinar* (dal Monakow).

F_3 *g. front. infimus.* — *gcc, genu corp. callosi.* — *lstric,* segmento anteriore (lenticolo striato) della capsula interna. — *sta,* irradiazione di questo segmento nel lobo frontale. — *Vh. cornu anterius.* — *gc, genu capsulae int.* — *c ext, capsula externa.* — I, *insula.* — *Operc, Operculum (insulae).* — *loptic,* segmento (lenticolo-ottico) posteriore della capsula interna. — *rtic,* porzione retrolenticolare della capsula interna. — *Pul, putamen.* II, membro esterno del *globus pallidus.* — *Th, thalamus.* — CA, *cornu Ammonis.* — *Hh. cornu posterius.* — *ss,* radiazioni ottiche intorno al corno occipitale (*str. sag. int.*). — *calc. fiss. calcarina.* — T_1, *g. temp. supremus.* — T_2, *g. tempor. medius.*

posto. Quando si pensi, però, che anche a sinistra esisteva un'ipoacusia, e di antica data, si comprenderà facilmente come , in questo caso , il compenso non era più possibile.

Quanto alla natura della lesione, tenuto conto della età relativamente giovane del soggetto, della positività completa della W. R. nel sangue, della presenza della globulina nel L i q u o r, della normalità del resto dell' esame obbiettivo, nessun altro processo può mettersi in discussione all' infuori della l u e s . E poichè la sindrome si è svolta acutamente, si ha tutto il diritto di ritenere che si sia trattato di un processo distruttivo di origine vascolare, nel territorio dei rami profondi dell' a r t e r i a c e r e b r i p o s t e r i o r di destra. La mancanza di sintomi premonitori, la perdita completa e duratura della coscienza, lo spasmo grave (con scarsa paresi) dell' arto inferiore sinistro, fanno sospettare, infine, che si sia trattato piuttosto di una emorragia anzichè di un rammollimento.

Concludendo, è logico affermare che il paziente è affetto da esiti di emorragia dei rami profondi dell' a r t e r i a c e r e b r i p o s t e r i o r d e x t e r a (segmento retrolenticolare), consistenti in emianopsia laterale omonima sinistra, monospasmo crurale, emipoestesia ed ipoacusia dei pari a sinistra.

O s s e r v a z i o n e II. — TURCHETTI GIOVANNI, di a. 44, scalpellino. Fino a qualche anno fa ha bevuto in media un litro e mezzo di vino pro die. Nel 1915 contrasse un' ulcera unica, non seguita da manifestazioni secondarie e per la quale non fece alcuna cura specifica. Nel 1916 cominciò ad accusare di tanto in tanto un d o l o r c a p i t i s, a localizzazione sopratutto frontale, più intenso nelle ore pomeridiane, associato talvolta, nell' acume, a diplopia. Per un anno il paziente non si occupò affatto dei suoi disturbi, e non prese alcun rimedio ; persistendo, però, la cefalea, ricorse al consiglio di un sanitario, il quale gli prescrisse una cura di protojoduro di mercurio, che dopo un mese fece scomparire il dolor di capo completamente. Due anni dopo (nel 1918) l' infermo fu colpito improvvisamente da un i c t u s, senza perdita di coscienza, seguito da grave emiparesi destra e da disturbi della parola a tipo disartrico. Dopo pochi giorni migliorarono notevolmente tanto i disturbi della motilità che quelli della parola, e a tal punto che il paziente potè riprendere il lavoro come prima. Stette poi bene fino alla mattina dell' 8 Novembre 1920, quando, svegliandosi, cominciò ad andar soggetto ad ambliopie fugaci, che non gli vietarono, però, di recarsi come di consueto al lavoro. La sera, mentre accingevasi a ritornare a casa, fu colpito da un secondo i c t u s, non accompagnato da perdita di coscienza, nè da disturbi a carico della motilità, bensì da amaurosi bilaterale quasi completa. Accolto tre giorni dopo in Clinica, accusava ambliopia grave bilaterale e un modico dolor di testa, un po' più intenso nelle ore pomeridiane.

S T A T U S (12 Novembre 1920). Allo stato di riposo notasi un lieve abbassamento delle palpebre superiori, e nel tempo stesso una tendenza della fronte al corrugamento permanente. Normale l'oculomozione, sia alla esplorazione mono che binoculare. La costrizione delle palpebre è un po' più valida a sinistra che a destra. Nell' atto di digrignare i denti, i muscoli periorali di destra si contraggono un po' meno bene di quelli di sinistra. La lingua è bene protrusa, non deviata, mobile in tutti i sensi. Il velopendolo è in posizione normale, poco mobile bilateralmente con la fonazione. Non disturbi della masticazione, nè della deglutizione. Nel linguaggio spontaneo, ma specialmente nella pronunzia delle parole di prova, si notano lievi disartrie. Normali i movimenti passivi e attivi del collo. Lieve aumento di resistenza ai movimenti passivi dell' arto superiore sinistro, sopratutto nella articolazione scapolo-omerale. Tutti possibili e completi i movimenti attivi degli arti superiori, ad eccezione del movimento di supinazione che a destra

non è completissimo. A mani protese, come in atto di chi giura, si nota che l' arto destro tende ad abbassarsi prima del sinistro. Dinamometro: a D. = 17 a S. = 18. L'arto inferiore destro, quando il paziente è in decubito dorsale, tende a ruotare all'esterno più del sinistro. Anche nei vari segmenti dell' arto inferiore destro la resistenza ai movimenti passivi è leggermente aumentata, ma in grado un po' minore che nel superiore. A carico dei movimenti attivi notasi, a destra, una lieve limitazione del movimento di abduzione della coscia, di flessione della gamba, di flessione ed estensione del piede; a sinistra la motilità attiva è ben conservata. Quando il paziente solleva entrambi gli arti inferiori dal piano del letto, il destro si abbassa rapidamente. Non flexion eombinée.

La deambulazione non presenta nulla di caratteristico. Integri gli sfinteri vescico-rettali.

Rotuleo destro molto più pronto del sinistro; pronto l' achilleo destro, debole il sinistro; BABINSKI a destra; riflesso dorsale del piede bilateralmente normale; presente a destra il segno di ROSSOLIMO; riflesso degli adduttori più pronto a destra; cremasterico sinistro più pronto del destro; tendinei superiori tutti più pronti a destra; presente il mandibolare; presente del pari il faringeo; pronto bilateralmente il corneale e il congiuntivale. Le pupille sono di media ampiezza, reagiscono alquanto pigramente alla luce.

La percussione cranica è dolorosa dappertutto, ma specialmente nella metà sinistra, e sopratutto nella regione frontale. La compressione di tutti e tre i rami del V° paio è bilateralmente dolorosa; quella lungo le docce paravertebrali riesce anche molesta. Non suscita dolore, invece, la pressione moderata dei tronchi nervosi.

Non esiste alcun disturbo apprezzabile a carico della sensibilità obbiettiva sia superficiale che profonda.

L' acutezza uditiva è ben conservata d'ambo i lati. Rinne normale, a destra e a sinistra. Odorato bilateralmente ottuso; gusto buono bilateralmente.

Esame del visus: il paziente, per quanto confusamente, riesce a distinguere gli oggetti di uso più comune posti a due metri di distanza, sia con l' occhio destro che con il sinistro. Egli, inoltre, è in grado di discernere soltanto qualcuno dei colori fondamentali, ma con stento e ritardo. Allo esame campimetrico, tipica eminopsia laterale omonima sinistra, con lieve restringimento periferico dei campi conservati, e la presenza della cosidetta « parte esuberante del campo visivo ». (Fig. 3).

Fundus oculi, normale.

Esame psichico: attenzione scarsa, facilmente esauribile; percezione rallentata, ma, in genere, corretta, orientamento rispetto al luogo, al tempo ed alle persone, ben conservato; memoria, almeno per gli avvenimenti più importanti della vita del soggetto, abbastanza fedele; capacità ai calcoli mentali, anche elementari, molto ridotta; umore abitualmente depresso. Non si notano disturbi psico-sensoriali, nè del contenuto ideativo.

L' esame degli organi interni non fa rilevare alcun fatto degno di nota. Pressione sanguigna (Riva-Rocci) 150 mm. Esame delle urine, negativo.

P. L.: Liquor limpido, trasparente, a pressione aumentata; albumina tre linee (della provetta di NISSL); globulina presente; nel sedimento qualche raro linfocito; W. R. negativa.

W. R. (nel sangue), positiva incompleta.

Nessun disturbo a carico della scrittura e della lettura (spontanea, sotto dettato, etc.).

Riassumendo, trattasi di un paziente di 44 anni, il quale nel 1916 cominciò ad accusare un dolore di capo a localizzazione frontale, più intenso nelle ore pomeridiane, associato nell' acme con diplopia

e che scomparve completamente mediante una cura mercuriale. Nel 1918 fu improvvisamente colpito da un i c t u s, senza perdita di coscienza, seguito da emiparesi destra e da disturbi della parola ; sia l' una che gli altri regredirono rapidamente, fino quasi a scomparire. Nel Novembre 1920 l' infermo ebbe un secondo i c t u s, senza perdita della coscienza, preceduto da ambliopia fugace, non accompagnato nè seguito da alcun fenomeno motorio, bensì da amaurosi bilaterale quasi completa.

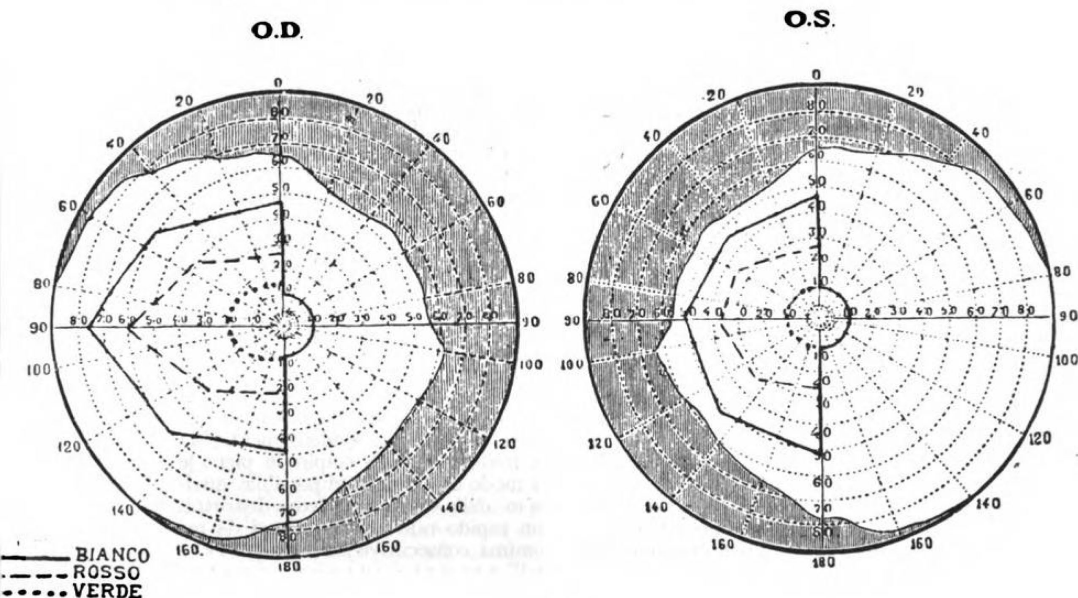


FIG. 3.

Emianopsia laterale omonima sinistra, con lieve restringimento periferico della metà conservata dei campi visivi e la cosidetta « parte esuberante del campo visivo » (Osservazione II).

Obbiettivamente furono constatate : una lievissima emiparesi spastica destra, lievi disartrie ed emianopsia laterale omonima sinistra.

Per potere, in questo caso, formulare una esatta diagnosi di sede, è necessario mettere in discussione dapprima la lesione che determinò l' i c t u s del 1918, poi quella che dette origine all' i c t u s del 1920.

Quanto al primo i c t u s, il processo morboso non potè, per ragioni ovvie, aver luogo che nel n u c l e u s l e n t i f o r m i s. L' emiparesi, infatti, che colpì il paziente, regredì rapidamente, fino a quasi scomparire; vi furono fin da principio disturbi disartrici che persistono tuttora ; mancò sempre qualsiasi fenomeno irritativo motore; come pure qualsiasi

disturbo della sensibilità obbiettiva; non si ebbero mai a constatare paresi a carico dei nervi cranici. Tutt' al più il focolaio dovette sfiorare il segmento posteriore della capsula interna, data la presenza a destra dei segni di BABINSKI e di Rossolimo. Tenuto, poi, conto dell' assenza di qualsiasi disturbo della coscienza nel momento dell' i c t u s, e della rapida regressione dei fenomeni motori, si deve ritenere che siasi, molto probabimente, trattato di un rammollimento anzichè di una emorragia, indubbiamente causato da un' a r t e r i i t i s l u e t i c a di qualcuno dei rami profondi dell' a r t e r i a S i l v i i s i n i s t e r: lo dimostrano infatti il caratteristico d o l o r c a p i t i s serale che afflisse il paziente per circa un anno prima dell' i c t u s, e che scomparve completamente con una cura antiluetica, e la positività della W. R. nel sangue.

Quanto al secondo i c t u s non può farsi, per gli argomenti addotti a proposito del caso precedente, altra ipotesi che quella di un focolaio che abbia avuto sede nella sostanza midollare del lobo occipitale, lungo il tragitto delle radiazioni ottiche,senza toccare la regione retrolenticolare della capsula interna , data l' assenza di qualsiasi disturbo sensitivo. Anche questa seconda volta dovette, per le ragioni or ora esposte, trattarsi di un focolaio malacico, da a r t e r i i t i s l u e t i c a di qualcuno dei rami profondi della a r t e r i a c e r e b r i p o s t e r i o r d e x t e r.

Per quanto, in entrambi i casi, non si abbia il conforto del reperto necroscopico, la sintomatologia, tuttavia, è così caratteristica, da non permettere neanche lontanamente il dubbio circa la sede e la natura delle lesioni che determinarono l' emianopsia. In favore della natúra luetica del processo morboso depongono non solo gli argomenti già esposti precedentemente, ma anche l'ulteriore decorso della sintomatologia, cioè a dire, il notevole miglioramento dei disturbi motori e sensitivi ottenuto, in entrambi i casi, per mezzo della cura specifica. Soltanto la emianopsia laterale omonima rimase immutata : evidentemente, sia nell' uno che nell' altro paziente, la lesione dovette colpire in pieno le radiazioni ottiche di GRATIOLET per modo da rendere impossibile qualsiasi r e s t i t u t i o a d i n t e g r u m della sostanza nervosa distrutta.

Credo ora opportuno di fare un rapido raffronto fra i casi da me osservati e quelli di emianopsia omonima consecutiva ad a r t e r i i t i s l u e t i c a dei rami profondi dell' a r t e r i a c e r e b r i p o s t e r i o r, ricordati da WILBRAND e SAENGER, allo scopo di constatare se, eventualmente, i primi presentino qualche caratteristica loro propria.

Un inizio improvviso dell' emianopsia laterale omonima vi fu, al pari che nei miei casi, anche in quelli di OPPENHEIM , LENZ , VOSS, POULARD E BOIDIN PRESTON, PITRÈS, MAKLAKOFF, CLAEYS, HENSCHEN, HIGIER, HIRSCHBERG, MAACK , MAGNUS, HARMSEN, PUTZEL , SCHELL, BAER, MILLER, WILBRAND E SAENGER. Il più delle volte, però, trattavasi di emianopsia omonima destra associata in qualche caso (OPPENHEIM, LENZ, VOSS, HIGIER, MAACK) con disturbi del linguaggio (alexsia, agrafia, ed anche afasia sensoriale e motoria); i miei pazienti, invece, presentavano una emianopsia omonima sinistra con integrità del linguaggio: il che si comprende quando si pensi che la lesione, in entrambi i casi, era a destra.

In parecchi casi (HIGIER, HENSCHEN, PRESTON, LENZ, BAER, LUNS, WILBRAND e SAENGER, SCHELL, PUTZELL) coesistevano disturbi della motilità e della sensibilità negli arti del lato opposto alla lesione; ma un monospasmo crurale con emipoestesia superficiale ed emipopallestesia, come nel paziente della mia osservazione II, non furono mai constatati.

Il fundus oculi, al pari che nei miei casi, fu trovato sempre normale.

La cura mercuriale fece talvolta (PUTZEL, HIGIER, BAER, WILBRAND E SAENGER) migliorare e perfino scomparire l' emianopsia; altre volte (CLAEYS, PITRES) apportò, come nei miei due pazienti, un miglioramento degli altri sintomi, ma non dell' emianopsia, che restò immutata.

Da questo raffronto maggiore appare l' importanza clinica delle mie due osservazioni, sia perchè in entrambe trattasi di una emianopsia laterale omonima sinistra, mentre questa più frequentemente è destra, e sia perchè nel paziente della osservazione I all' emianopsia si associa una sindrome (monospasmo crurale, emipoestesia superficiale, emipopallestesia) che non ha riscontro in altri casi della letteratura.

BIBLIOGRAFIE

PSICOANALISI

34. K. ABRAHAM — Klinische Beiträge zur Psychoanalyse aus den Jahren 1907-1920. — Leipzig, Wien, Zürich 1921 Internat. Psychoanalytischer Verlag.

Preziosa raccolta di contributi clinici alla psicoanalisi. Le fini osservazioni, l' abilità nel superare gli ostacoli che si presentano al psicoanalista, la perspicacia scientifica dell' autore si rispecchiano nei principali articoli.
Citiamo gli spunti sull' indagine e terapia analitica della frenosi maniacodepressiva, le ricerche sul periodo di sviluppo primitivissimo della « Libido » all' epoca pregenitale e quelle sull' ejaculatio praecox.
La riproduzione di parecchi quadri clinici di sintomi finora non ancora sufficientemente osservati e descritti sarà d' utilità anche per medici non psicoanalisti. I medici psicoanalisti (che sperabilmente non tarderemo di avere fra breve anche da noi in Italia) troveranno nella pubblicazione dell'Abraham una serie d' indicazioni giovevolissime alla loro pratica clinica.

WEISS.

35. T. REIK — Probleme der Religionspsychologie. — Leipzig, Wien Zürich. 1919. Intern. Psychoanalyt. Verlag.

Contributo meritevole nel campo dell' etnologia, schiuso all' indagine psicoanalitica dall' opera « Totem und Tabu » di FREUD. Lo studio di FREUD ci mostra che quei rapporti famigliari, che la psicoanalisi rileva esistere nell' infanzia nostra, non sono altro che la ripetizione ontogenetica di quelli esistiti presso l' uomo primitivo adulto; in tal guisa il parallelismo filo-ontogenetico viene esteso anche al campo psichico. I risultati di REIK ci confermano ora in modo convincente la giustezza dei reperti tratti dall' indagine su neurotici. Con ciò REIK compie un tentativo fertilissimo di schiarire costumi e culti religiosi, che altri metodi finora non sono riusciti a spiegare.
Non è pubblicata finora che la prima parte del lavoro di REIK, preceduta da una lusinghiera prefazione di FREUD e suddivisa in quattro parti delle quali la prima tratta le usanze della cosiddetta « couvade », la seconda i riti di pubertà praticati dai popoli primitivi e le due ultime i riti ebraici.

WEISS.

36. O. RANK — Psychoanalytische Beiträge zur Mythenforschung. — Leipzig, Wien, Zürich 1919. - Intern. Psych. Verl.

L' autore di questa raccolta di saggi, noto per altri importanti lavori psicoanalitici nel campo della mitologia, analizza abilmente in un primo studio i rapporti tra psicoanalisi e mitologia, traccia il compito dell'analisi nello studio dei miti, tratta delle questioni metodologiche. Risulta fertilissima la combinazione del metodo comparativo con quello psicoanalitico. Seguono notevoli studi sul simbolismo, sull' « ana- logia tra psicologia etnica e teori e sessuali infantili » e su differenti temi di miti e fiabe. Interessantissimo il saggio « Mythus und Märchen » (mito e fiaba). Secondo RANK, mito e fiaba sono l'inverso dello sviluppo culturale d'un popolo. Desideri non appa-

gabili, soddisfazioni inaccessibili fanno nascere mito e fiaba. L' autore ci espone la genesi psicologica della fiaba e ci addita le differenze tra mito e fiaba. È il figlio, la generazione nuova, che crea il mito, mentre il padre, la generazione anziana, racconta la fiaba. La funzione psicologica del mito è di appagare nella fantasia desideri irrealizzabili, la fiaba cerca invece di distogliere dal dare ascolto a voci primitive della fantasia dando esempi che intimiscono. In connessione a ciò sta il fatto che si crede ai miti ma non alle fiabe.

WEISS.

37\. A. KOLNAI. — Psychoanalyse und Soziologie. Zur Psychologie von Masse und Gesellschaft. — Leipzig, Wien, Zürich. 1920. Internat. Psychoanalyt. Verlag.

Evitando l' errore frequente di studiosi, che, applicando il metodo della propria scienza ad un altro campo dello scibile, credono poter sconvolgere quanto in questo campo fu prima di loro fatto, l' autore ci indica la importanza dei risultati finora raggiunti dalla psicoanalisi per la sociologia ed i compiti sociologici della psicoanalisi. La psicoanalisi non può aspirare ad una posizione dominante nella sociologia, ma offre al sociologo un sostegno preziosissimo se non indispensabile.

La psicoanalisi potrà principalmente giovare alla sociologia nello studio di tre gruppi di fenomeni : e cioè in primo luogo nello studio della psicologia etnica (Völkerpsychologie) e poi nello studio della società primitiva ed infine nell' esame dei rapporti tra individuo e società moderna. Qui il sociologo psicoanalista rasenterà i confini tra la scienza sociale e politica sociale, trattando problemi pedagogici, la questione sessuale nella società moderna ed infine la possibile influenza della psicoanalisi stessa nella società moderna.

Ecco il programma che KOLNAI svolge trattandolo con abilità e molto fondamento in una serie di capitoli sulla psiche delle folle, sui primordi dello sviluppo colturale, sull' individuo ed i suoi rapporti con l'organizzazione sociale, chiudendo il suo opuscolo con un interessante saggio di psicoanalisi dell' « anarco-comunismo ».

Anche questo lavoro ci dimostra come la psicoanalisi abbia ormai varcati i confini della psichiatria e delle scienze naturali per esercitare una feconda influenza sulle scienze sociali.

WEISS.

38\. HITSCHMANN : Gottfried Keller und seine Werke (Goffredo Keller e le sue opere) – Intern. Psa. Verlag. Wien. 1920.

L' autore esamina e confronta tutte le opere del poeta fra di loro come anche queste con la vita del poeta ; critica oggettivamente l' esame e confronto medesimo fatto dal più illustre biografo del poeta, accetta le tesi trovate giuste e sostituisce le errate con quelle da lui poste e giustificate. Nel far ciò egli parte dall' opera « Der grüne Heinrich » (Enrico il Verde) : prova luminosamente come questo personaggio fantastico sia un doppione del poeta, riuscito forse come tale anche senza che il poeta lo abbia saputo o voluto ; confronta altri personaggi in altre opere che hanno evidentemente gli stessi tratti e sviscera dal confronto una legge di regolarità che rasenta quella delle scienze esatte. Su questa base egli accetta o ripudia quanto è stato sostenuto dal suo biografo con molta diligenza, molto studio e molto criterio ; l' autore dà ancora una prova lampante come il psicoanalista, leggendo tutti gli scritti di un poeta a lui ignoto, possa vedere con sicurezza assoluta le esteriorizzazioni dell' Inconscio del poeta, fatto che al biografo non psicoanalista deve inesorabilmente restare estraneo, anche se egli è un filologo, letterato e critico di sommo valore.

WEISS.

39-45. BIBLIOTECA PSICOANALITICA ITALIANA (fondata e diretta da M. LEVI BIANCHINI). Rappresentante della « Libreria Psicoanalitica Internazionale : Zurigo, Napoli, Vienna, Nocera Inferiore — Depositario esclusivo per l' Italia e per l'estero : *Casa Editrice V. Idelson, Piazza G. Oberdan* - Napoli.

(39). n.° 1. FREUD. – Sulla Psicoanalisi—(prima traduzione ital. di M Levi Bianchini) 1915.

È la prima monografia psicoanalitica pubblicata in italiano e in Italia. Contiene, limpidamente riassunti in cinque conferenze, i principi elementari della Psa. ed è sommamente raccomandabile a tutti quelli - medici e profani - i quali vogliano compiere i primi passi in questa nuova disciplina che fra pochi anni dominerà anche in Italia.

(40) n.° 2. FREUD — Il Sogno – (prima traduzione ital. di M. Levi Bianchini) 1919.

Compendio dell' opera magistrale « Die Traumdeutung (6.ª ed. Deuticke 1921, Wien). – È noto che secondo FREUD il sogno ha un significato non sempre ma spesso nascosto ; sempre però rintracciabile : che dispone di meccanismi particolari mercè i quali dissimula il suo reale contenuto (pensieri onirici latenti) sotto la veste del suo contenuto manifesto, cioè quale apparisce al sognatore : che tali meccanismi, indispensabili ad essere conosciuti ed usati reversivamente per ottenere l'interpretazione reale del sogno, sono : la dislocazione, la defigurazione onirica, la simbolica onirica, la contrazione ecc.

Il processo per cui il contenuto reale (latente) del sogno si trasforma mercè i citati meccanismi, nel contenuto manifesto, costituisce appunto il lavoro (elaborazione) onirico. I sogni rappresentano la realizzazione dei desiderii inconsci della veglia : spesso e a preferenza nei nevrotici, ma non necessariamente, sessuali : spesso ancora (sogni infantili di comodità ecc.) tali desideri sono immediatamente rivelati e il contenuto manifesto combacia perfettamente, o quasi, col contenuto latente.

L' interpretazione dei sogni non è che un anello di quella strettissima catena che dalla analisi dei fatti più insignificanti del psichismo umano conduce ad una nuova dottrina della sua dinamica, ed attraverso alla scoperta dei meccanismi dei sintomi neurotici, giunge alla interpretazione psicodinamica ed alla terapia della psiconevrosi stesse.

(41) n.° 3. FREUD.—Tre contributi alla teoria sessuale—(prima traduzione ital. di M Levi Bianchini) 1921.

La dottrina psicobiologica di FREUD sulla sessualità è tutto quanto di più ammirabile ed acuto si sia fino ad oggi concepito sopra un campo così oscuro e così complesso. Chiunque vorrà leggere con spirito di serena giustizia queste tre piccole monografie, scritte, come tutte le opere di FREUD, con la sincerità del Sapiente e con la fede dell'Apostolo, non potrà far a meno di rilevare la squisita finezza della indagine, dell' analisi, della dialettica : come non potrà negare la realtà saliente della evoluzione ontogenetica della « sessualità » nell' infante, nel bambino, nel pubere, quali FREUD ha cercato di sviluppare in una continuità storica serrata, correlativa alla continuità biologica della vita e delle sue peculiari energie.

Nella storia naturale ontogenetica della sessualità (libido) del bambino, esistono già in miniatura, ed a seconda degli stadi di sviluppo, tutte le caratteristiche così dette normali e morbose della sessualità adulta : autoerotismo , perversione, inversione, masturbazione, etero-erotismo. Ogn tappa evolutiva è contrassegnata dalla perdita fisiologica di qualche caratteristica (istinti parziali, perversioni parziali) a vantaggio dell' acquisto

di qualche altra caratteristica più rigorosamente orientata verso la maturazione sessuale intesa nel suo significato teleologico (riproduzione della specie) ; e la maturazione genitale non è altro appunto se non la tappa finale (spesso convenzionale) nella quale si perfeziona, o dovrebbe perfezionarsi in definitivo sia la scelta biologica dell' obbietto sessuale (eterosessuale) sia la finalità sessuale stessa (accoppiamento dei genitali eterosessuali). Ogni tappa evolutiva però può lasciare delle tracce profonde nell' inconscio per non essere stata sufficientemente trasformata, come pure ogni individuo può, per ragioni morbose endo o esogene, « regredire » più o meno inconsciamente ad una di queste tappe : dalla natura dei sintomi pervertiti, invertiti, neurotici, ma sopratutto dalla psicoanalisi dei soggetti affetti da perversioni, inversioni, psiconeurosi, la terapia analitica può discoprire nell' inconscio tali citati ritorni o sopravvivenze e da un lato definire il quia della neurosi, inversione, perversione, dall' altro trasformare e neutralizzare il sintomo fino a sanazione.

È impossibile riassumere in modo più adeguato gli argomenti e gli elementi delle tre monografie, perchè ognuna di esse contiene i germi di un intero trattato di biologia sessuale : basterà solo ricordare che la prima tratta delle aberrazioni sessuali, la seconda della sessualità infantile; la terza delle configurazioni puberali della sessualità.

(42) n.° 4. Rank — Il mito della nascita degli eroi — (prima traduz. ital. di M. Levi Bianchini) 1921.

Questo delizioso studio di mitologia comparata, di psicologia etnica e di psicoanalisi storica, tende a dimostrare che la genesi del mito è unica in tutti i popoli : che l' eroe del mito non è se non la figurazione dell' « Io infantile » attraverso la fantasia popolare ed al « romanzo familiare » che rappresenta nel bambino (e tale è lo spirito dell' uomo primitivo) la storia e l' interpretazione psicologica dei suoi rapporti con i genitori, il suo egocentrismo, e gli elementi affini all' Edipo-complesso in base ai quali agisce. Il concetto del « Complesso di Edipo » ha un' importanza sostanziale per la comprensione dell' evoluzione psicosessuale della psiche infantile : ad esso ha dedicato lo stesso Rank un' opera profondamente pensata « Das Inzestmotiv in Dichtung und Sage » (Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien 1912) di cui altrove, a suo tempo, sarà tenuta parola.

(43) n.° 5. Levi Bianchini — Diario di guerra di un Psichiatra nella campagna contro l'Austria (1915-1918).

Ricordi della vita vissuta in trincea, sul S. Michele di Gorizia ; nel territorio della linea di combattimento; nella direzione degli ospedali d' armata : attraverso al lutto di Caporetto fino alla resurrezione fatale di Vittorio Veneto

44) n.° 6. Frank — Afasia e mutismo da emozione di guerra. 1919.

Monografia esauriente e riccamente documentata su materiale originale della Clinica neuropatologica di Roma : la più completa, sull' argomento, in Italia.

(45) n.° 8. Freud. — Introduzione allo Studio della Psicoanalisi Vol. I Lapsus, Sogno, Vol. II. Dottrina generale delle Neurosi. 1922.

La chiara traduzione è dovuta al Dr. E. Weiss di Trieste, il più completo e competente – credo anzi l' unico – psicoanalista d'Italia. Essa segna la prima tappa miliare dell' iniziativa da me modestamente intrapresa nel 1915 con la traduzione delle cinque lezioni sulla Psa. di Freud (vedi sopra)

e continuata con ardore attraverso mille difficoltà, morali e materiali, per imporre non alle coscienze – che debbono essere libere dai vincoli della censura e del pregiudizio – ma alle conoscenze degli studiosi italiani, la reale struttura bio-ontologica, l' intima essenza filosofica, la forza e la irresistibilità profondamente iniziatiche della Psicoanalisi scienza nuova dei Psichismi umani.

Io intendo per « Psichismi » i fenomeni ed i « complessi » fenomenici dell' attività specifica delle cellule corticali deputate alla funzione del « pensiero » o dello « spirito »: di cellule cioè che non sono ancora esattamente individuate rispetto alla loro funzione engrammica differenziale, ma che non possono esistere all' infuori della corteccia cerebrale che già da molto tempo ho denominate « Psichioni (Levi Bianchini. L' isterismo Drucker, Padova 1913). E ciò senza pregiudizio di altri cito-congregati (psico-neuroni) ad organizzazione gerarchicamente inferiore (nuclei talamici) che sembrano destinati alla elaborazione di atteggiamenti bruti emozionali, capaci di influenzare, come che sia, i processi psichionici stessi, intesi nel loro senso più psicologico: della ideazione astratta, della associazione indotta, della rievocazione mnestica endogena.

La Psicoanalisi è adunque lo studio della dinamica dei psichismi umani: cioè una scienza essenzialmente psicologica e razionalista. Essa cerca di scoprire anzitutto il meccanismo reale dei pensieri e delle azioni da loro provocate: i motivi di « interesse » che li determinano: dal momento che ogni fatto od effetto nella vita psicosomatica umana, per quanto in apparenza insignificante, deve avere la sua causa reale, prossima o remota, adeguata o non, e che tale causa ha per ragione universale la ricerca del soddisfacimento e la rimozione del dolore. La Psicoanalisi in altre parole studia e cerca di spiegare — con una metodica nuova, sol perchè mai finora usata; in apparenza strana, sol perchè diversa dalla esegetica della psicologia introspettiva o sperimentale — da quali originarii moventi filo e ontogenetici, storici e attuali, soggettivi o collettivi le forme arcaiche e moderne del pensiero umano e le modalità dei suoi affetti, delle sue passioni, delle sue nevrosi traggano anzitutto origine; quindi si determinino, si sviluppino e variamente si trasformino agendo e reagendo all' ambiente e sull' ambiente esogeno o interiore: per effetto degli impulsi, istinti, interessi e bisogni fisici e spirituali i quali, attraverso l' infinita loro gamma tonale, dalla più apparente freddezza o dominazione, al più infuocato o morboso rapimento, stanno ineluttabilmente a base del pensiero stesso.

La Psicoanalisi parte da premesse spesso opposte, per quanto non tutte di necessità contrarie, a quelle della Psicologia tradizionale e fa uso di una procedura, di una tecnica, di una figurazione verbale completamente nuove. Per ciò è da pochi ancora bene conosciuta e da pochissimi bene applicata. Essa non può venir compresa d' un tratto nè venir studiata solo al tavolo: perchè presuppone una base piuttosto vasta di conoscenze psicologiche speciali ed una esperienza clinica necessariamente grande delle psiconevrosi. Alcuni le hanno imputate tali difficoltà a titolo di demerito, accusandola di una inqualificabile taccia di settarismo scientifico: quasi che il caso della Psicoanalisi non fosse quello comune, da che mondo è mondo, a tutte le Scienze, a tutte le arti, a tutti i mestieri.

Noi sappiamo che un medico laureato di fresco possiede bensì un ponderoso corredo di materie biologiche, di nomi, di diagnosi preziose: ma che non ha certamente ancora acquistata con ciò la competenza necessaria per curare — e sopratutto per curar bene — tutti i suoi malati, sui quali, non di raro, farà pesare i difetti — umani e legittimi — della propria inesperienza. Con tutto ciò nessuno oserà condannare tale medico, laureato forse con il massimo dei voti e con una lode speciale per giunta, nè sostenere per ciò che la Medicina è un' arte falsa e fallace. La deficienza del giovane medico è inevitabile, legittima e posta nell' ambito normale dell' evoluzione dello spirito umano: solo col tempo, con lo studio e con la pratica essa viene insensibilmente ma stabilmente colmata. Lo stesso vale per la Psicoanalisi.

Noi non possiamo famigliarizzarci subito con i suoi concetti, complessi, difficili e non ancoia tutti perfetti : ma basti sapere a questo proposito che la Psicoanalisi non ha che trenta anni di vita e 100 di meno della Psichiatria, di cui tuttavia è già divenuta la sorella maggiore. E ciò grazie al fatto che i suoi postulati scientifici, pur essendo vari, numerosi, complessi, sono legati tuttavia da una interdipendenza psicologica strettamente logica e coerente.

La Psicoanalisi subisce adunque la stessa sorte della Dottrina biologica del delitto che ha elevato al mio primo, indimenticabile maestro, CESARE LOMBROSO, il più duraturo monumento di gloria ; come quella, se non di più, è stata aspramente combattuta fin dal suo apparire e come già quella, sta ora essa percorrendo il suo cammino, sempre più veloce, verso le conquista definitiva d' uno stallo insigne nell'Areopago universale del Sapere umano.

LEVI BIANCHINI.

46-50. SIEKEL. — Störungen des Triebs und Affektlebens - Urban und Schwarzenberg - Berlin, Wien 1921 — (Cinque volumi, 1920-1922).

Il campo fecondo e profondo dei «disturbi della vita istintiva e affettiva» è quello stesso che una volta veniva circoscritto nei limiti angusti di poche diagnosi monotematiche : neurastenie, isterismi, psicastenie, degenerazioni psicosessuali, fobie, ossessioni. È merito di FÉRÉ, RIBOT, JANET, DUBOIS per citare i maggiori, ma sopratutto di FREUD, massimo, e della sua scuola quello di aver sviluppati i concetti della dinamica istintivo-emotiva (intuiti nella classica « medicina delle passioni » di DESCURET) ed averli posti a base fondamentale della sterminata moltitudine delle psiconevrosi umane.

L' opera monumentale di STEKEL (un allievo dissidente di FREUD dal quale ha tratta la propria profonda capacità ed esperienza d' analisi) si sviluppa finora armonicamente in cinque poderose ed ampie monografie sulle undici che dovranno apparire.

(46). 1. Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. (3.ª ed. aumentata, 1921).

In questa terza edizione STEKEL accentua ancor più il distacco (più teorico che pratico a vero dire) fra le proprie idee e quelle di FREUD, (che aveva inspirata la prima edizione dell' opera) e che già nella seconda erano state in parte abbandonate. STEKEL non accetta più l'etiologia monosessuale delle neurosi (alterazioni della libido), ma pone a base di tutte le neurosi un « conflitto psichico » (che è pure freudismo bello e buono) : ritiene che neurastenia e isteria non sono altro che disturbi della vita affettiva, che i netti confini stabiliti da FREUD fra le varie neurosi, in senso psicoanalitico, non sono accettabili, e che tutte queste si possono riunire sotto l' unico termine di p a r a p a t i e. Riconosce tuttavia come merito indistruttibile di FREUD (unsterblicher Verdienst) quello di aver indicata a tutti la via verso una nuova scienza : « nessuno ha stimolati, più potentemente di lui, gli spiriti dei pensatori moderni additando loro i sentieri primitivi e più remoti della genesi delle neurosi ». Gli stati nervosi d' angoscia sono divisi in due grandi compartimenti : la neurosi d' angoscia e la fobia : nei primi predominano i fenomeni di compressione esercitata della rimozione sotto forma della paura, base e sostanza dell' angoscia: nella seconda quelli della conversione, per la quale una somma di eccitazioni endogene si trasformano in sintomi somatici.

(47) 2. Onanie und Homosexualität (Homosexuelle Neurose) (2.ª ed. aumentata 1921).

Tutti gli uomini onanizzano. L' omesessualità è una malattia psichica (parapatia) ed è guaribile : l' onania è un « sintomo di difesa » e la neurosi scoppia quando l' onania è sospesa. Non esiste alcuna omosessualità congenita e alcuna congenita eterosessualità. Esiste solo una bisessualità. Monosessualità è già la disposizione alla neurosi, in molti casi già la neurosi stessa (altro che FREUD) e il neurotico è « un fenomeno reversivo, atavico, di sedimento (Rückschlagerscheinung). » Questa interessantissima monografia è

però bella, profonda, degna di venir studiata. Voglia o non voglia, la biopatologia filo-ontogenetica delle neurosi, la psicologia etnica e storica, sono elementi di studio ormai troppo documentati perchè si possano trascurare o deridere. Bisogna studiarli senza preconcetti: ciò che in Italia, oserei dire, non si vuol fare ancora: per quanto la esistenza della neonata « Rassegna di studi sessuali » di Roma, sia già, in questo campo, una bella promessa.

(48) 3. Die Geschlechtskälte der Frau (eine Psychopathologie des weiblichen Liebeslebens) 2.ª ed. aumentata, 1921.

(49) 4. Die Impotenz des Mannes (die psychischen Störungen der männlichen Sexualfunktion) 1920.

La frigidità della donna e l' impotenza psicogena dell' uomo (esclusa quella da causa organica) risultano da una somma di fattori etico-sociali esterni ed emotivo-traumatici interiori (conflitti). La ricerca del piacere senza pericolo, o interdetto, o sostitutivo: i conflitti ed i residuati infantili nell' evoluzione psicosessuale puberale e postpuberale; le deviazioni sessuali risultanti così di frequente dalle erronee inibizioni soggettive, famiiliari, sociali che « fissano » o « regrediscono » l' intera configurazione psicosessuale dell' invididuo agli stadii arcaici, immaturi e imperfetti (perversi o parziali nel senso freudiano) della sua evoluzione sessuale ontogenica creando con ciò, a seconda dei casi, la neurosi, la perversione, l' isterismo) sono tutti fattori che favoriscono sì l' impotenza del maschio quanto la frigidità della femmina, intesa quest' ultima, come la prima, non solo nella sua forma più esclusiva della dispareunia (assoluta assenza di piacere nella cohabitatio fisiologica) ma anche nelle sue forme combinate con la omosessualità e le perversioni.

Il problema di altissimo interesse morale e sociale trova una trattazione veramente profonda e veramente morale: ed il contributo che con queste due monografie offre STEKEL alla Morale Sessuale ed alla Sociologia è degno di una lode ampia e sincera.

Poichè, conchiude STEKEL, ogni educazione a base di interdizioni, compressioni, paure, conduce inesorabilmente alla schiavitù del pensiero e del sentimento, quindi alla neurosi, è d'uopo modificare tutti i metodi con cui la società umana tratta il problema sessuale e morale dell' educazione. È necessaria, anzitutto, all'essere umano, la « libertà interiore » la sola che elimina i falsi conflitti fra morale vera e falsa, la sola che dà a lui il senso esatto della realtà e che spazza lontano la neurosi: la sola che come dice BUDDA, sta al di sopra di ogni volgarità, di ogni nobiltà stessa, di ogni corporale sensualità.

(50) 5. Psychosexueller Infantilismus (die seelischen Kinderkrankheiten der Erwachsenen) 1922.

Tutte le forme di inversioni, perversioni sessuali e persino la paranoia vengono ricondotte, in base alla meccanica evolutiva della sessualità infantile e puberale (secondo le vedute psicoanalitiche), a « infantilismi psicosessuali » degli adulti: concezione per molti lati esatta, e bene dimostrabile con la ricerca analitica ed ampliata, anzichè ristretta, dalle vedute personali dall' A. Il quale conchiude con un capitolo assai interessante sui « limiti », pericoli ed equivoci nella Psicoanalisi » deplorando che questa scienza, giovane appena di 20 anni, abbia già provocate, in America e in Inghilterra delle « epidemie di psicoanalisi » (l' Italia non corre per ora alcun pericolo ed offre solo – disgraziatamente – qualche caso sporadico) ma augurandosi che si creino scuole di psicoanalisi e scolari muniti di una onesta volontà di imparare.

Per ciò, dissidente o non, quando STEKEL accetta il concetto della rimozione (monogr. 1), allarga quello dei conflitti e della bisessualità, dà una parte enorme all' interpretazione dei sogni e alla dottrina della sessualità infantile, interpreta analiticamente i sintomi dell' angoscia, dell'impotenza, della frigidità, delle inversioni, si può ben dire che rimane un Psicoanalista bello e buono, anzi uno dei maestri più valorosi e produttivi. E questo è il migliore elogio che si possa fare alla sua sincerità dottrinale ed all' Inspiratore e padre di tutti, a FREUD. LEVI BIANCHINI.

PSICO-BIOLOGIA E PSICO-PATOLOGIA GENERALI

51. HEINDL' s—Archiv. für Krimonologie, Kriminalanthropologie und Kriminalistik Vol. 73, 3.° e 4.° fascicolo (Lipsia, *F. C. W. Vogel*, 1921).

L'illustre «filosofo naturalista» W i l h e l m O s t w a l d pubblica uno studio generale sulla posizione della criminologia nell'ambito totale della scienza. OSTWALD parte dal sistema di COMTE, fondato un secolo fa. In detto sistema può venir dedotto, dalla posizione che occupa una speciale scienza qualsiasi nel sistema dell' ambito totale del sapere, anche l' ordinamento interno o la sistematica di questa scienza parziale medesima. Quale sistema della totalità della scienza, OSTWALD espone il seguente schema:

I	M a t e t i c a:	a) logica
		b) matematica
		c) geometria e cinematica.
II	E n e r g e t i c a	d) meccanica
		e) fisica
		f) chimica
III.	B i o t i c a	g) fisiologia
		h) psicologia
		i) sociologia

In questo schema esiste fra contenuto e vastità dei concetti sempre un rapporto inverso. Per quanto più ricco è l' uno, altrettanto ristretta è l' altra. La logica è la scienza più generale, perchè i suoi concetti sono i più poveri. Mentre questi gradatamente assumono gli elementi della grandezza dello spazio, e del tempo, sorgono scienze più ristrette ma più ricche, finchè tutti questi elementi nelle cinematica (teoria del movimento) si riuniscono in una scienza ristrettissima, ma ricchissima. La logica risulta da ciò essere un'essenziale parte integrante di tutte le scienze più ristrette, ma non il contrario. Parimenti è la matematica una parte integrante della geometria e della cinematica, ma non il contrario. La logica, la matematica e la geometria sono indispensabili per la cinematica, e manca qui di nuovo l' inverso. Si può osservare questo rapporto in tutto il resto dello schema. Nel sistema di OSTWALD, manca, come vediamo, la distinzione fra scienze naturali e scienze intellettuali, fra scienze pure e scienze applicate. Applicato alla criminologia, lo schema offre quanto segue:

La criminologia in senso ristretto rientra sotto III I. I a) fino a III h) sono scienze ausiliari della criminologia. Esse si suddividono in criminologia matetica, criminologia energetica e criminologia biologica (antropologia criminale e psicologia criminale). La scienza principale, la criminologia in senso più ristretto (criminologia sociologica) rappresenta la sintesi di tutte le scienze criminologiche.

Nel susseguente articolo « K r i m i n a p o l i z e i u n d A n t h r o p o l o g i e » (Polizia criminale e antropologia) l'americano ARTHUR MACDONALD (Washington) tratta la questione della misura nella quale gli Uffici di Polizia e sopratutto quelli d' identificazione possano venir posti al servizio di studii antropologici.

I professori universitari ALLFELD (Erlangen) e von BELING (Monaco) nonchè il più noto degli avvocati penalisti di Berlino ALSBERG, fanno in tre articoli una critica al lavoro del Dott. ROBERT HEINDL, recentemente pubblicato sullo speciale trattamento processuale dei delinquenti cronici. Questo lavoro del Dott. HEINDL è la proposta supplementare al nuovo progetto di Codice di procedura penale germanico, alle cui discussioni commissariali HEINDL partecipa quale rappresentante del Governo. HEINDL parte dal punto di vista che il nuovo Codice di procedura penale debba tener conto dei recenti rivolgimenti politici, e che perciò si debbano accrescere i diritti dell' accusato e del difensore. Per non paralizzare troppo però nell'attuale

periodo di aumentata criminalità, le Autorità incaricate delle inchieste (Polizia criminale, Giudice istruttore, Pubblico Ministero) a mezzo delle garenzie legali a favore delle Persone sospette, chiede egli per i delinquenti provatamente di professione una speciale procedura che accordi fin da principio alla pubblica autorità ampii diritti (arresti, perquisizioni ecc.). Questa proposta ha incontrato nella pubblica opinione della Germania un giudizio assai contradditorio. Anche gli articoli qui in parola, dovuti e penne autorevoli, si contraddicono fra di loro. ALLFELD sconsiglia di adottare tale speciale procedura, BELING e ALSBERG ne fanno una critica straordinariamente favorevole. La proposta di HEINDL verrà presa in considerazione anche al difuori della Germania. Essa è, per il periodo di transizione verso il nuovo ordinamento politico, una via praticabile per stabilire un accordo fra le esigenze anche le più radicali e più liberali della politica generale e le più indispensabili pretese della politica criminalistica.

MITTERMAIER (Giessen) tratta dei mezzi ostacolanti la concezione dal punto di vista criminale.

L' olandese J. P L. HULST dell' Università di Leiden offre un ampio contributo alla conoscenza della necrofilia e del necrosadismo.

GÖRING (Giessen) scrive sul valore delle nuove ricerche nel campo della secrezione interna per la psicologia criminale.

LEMPP (Stoccarda) scrive sui tentativi di omicidio con batteri patogeni.

Il Primo Procuratore di Stato della Svizzera Dott. P. SIEGFRIED tratta dei maltrattamenti dell' infanzia.

Il ricco fascicolo si chiude con numerose notizie e recensioni attuali di libri tedeschi, inglesi, americani, francesi e spagnuoli, nonchè con una rassegna di R i v i s t e i t a l i a n e sul diritto penale.

HEINDL.

52. ARENA. — Intorno al segno della vita — *Casa Ed. Elpis Napoli* 1921.

Generoso tentativo di una concezione filosofico-naturalistica, a base spiritualistica, della « vita », intesa come forza creatrice e quindi perennemente differenziata dalla materia............ Problema assai, forse troppo trascendente, per una modesta analisi bibliografica : e troppo prossimo alla scolastica aquinate per poter essere accettato anche da un neo-spiritualismo veramente scientifico, per il quale « anima » è altrettanto termine impreciso e forse inutile quanto è preciso per chi ancora vuol conservarlo, nella terminologia psicologica, ad usum ecclesiae.

LEVI BIANCHINI

53. BALTHAZARD. — Précis de Médecine légale — *Paris, Baillière* 1921, 3.a *edizione rifatta.*

Poco di nuovo ha acquistato la medicina legale durante la guerra, se si eccettuano alcuni problemi - gas tossici, simulazioni, complicazioni psichiche - i quali hanno già perduto molto del loro interesse : quando si convenga poi che i commozionati da guerra studiati da autori poco pratici di medicina legale, non differiscono per nulla dagli istero-traumatizzati, degli infortuni sul lavoro. Notevoli progressi invece si sono conseguiti nello studio dell' asfissia da ossido di carbonio, nella diagnosi delle ferite d' arma da fuoco, nella identificazione dei proiettili, nell' esame dei vestimenti e nella identificazione dei delinquenti : arte quest' ultima che occupa un posto oggi così utilmente preponderante negli studi e nella metodica della Polizia scientifica.

LEVI BIANCHINI.

54 LOMBROSO-FERRERO GINA — Cesare Lombroso - Storia della vita e delle opere — ZANICHELLI, Bologna, 1921, 2.ª edizione.

Egli non è più, fra noi, nella forma del sòma: nel fragile vestimento della carne caduca. Egli è con noi ora, ancora, sempre, spirito sovrano, ne la comunione degli spiriti, ne lo scambio amoroso di luce che offre ai doloranti mortali il lenimento del chiedere e del sapere. « Egli è insieme e attorno a tutti quelli che sono disposti a conoscerlo e ad amarlo. Per aumentarne il numero, Gina, la figlia seconda, ne ha scritta la vita, per legarlo agli uomini di oggi con legami più forti di quelli che può destare l' ammirazione di uno scienziato: con l' interesse che desta la profonda, intima conoscenza di un uomo, il quale amò sopra ogni altra cosa gli uomini, si affaticò a difenderli e ne chiese come compenso solamente l' amore ».

LEVI BIANCHINI.

55. TENDENLOO. — Konstellationspathologie und Erblickkeit - Berlin, Springer, 1921.

Mettete al posto di « costellazione » il termine di combinazione morfologica » più qualche cosa; al posto di « fenotipo » quello di « individuo » e troverete riportati a base delle più moderne concezioni sulla patologia generale e sull' ereditarietà quei criteri che quarant' anni fa furono enunciati da DE GIOVANNI, fra l' incredulità e la diffidenza di tutti, e che oggi trionfano non solo nella dottrina teorica dei morbi, ma anche nell' eugenica e nella medicina sociale. L' anima grande del mio grande Maestro può esultare, nell' empireo.

LEVI BIANCHINI.

56. WERNER SIEMENS — Einführung in die allgemeine Konstitutions und Vererbungspathologie — *Berlin, Springer* 1921.

Il valore sostanziale di quest' opera è dato dall' applicazione della dottrina dell' eredità, secondo le acquisizioni più recenti, alle varie forme di malattie nelle quali le leggi mendeliane hanno già trovata una dimostrazione probativa anche nell' uomo. Le malattie ereditarie sono divise in sei grandi gruppi: 1. affezioni cutanee e sessuali, 2. malattie d' occhi 3. d'orecchi, di nervi e mentali 5. interne. 6. articolari e ossee: a ciascuna delle malattie comprese in questi gruppi è riferito il carattere più peculiare di ereditarietà (recessivo, dominante, eterofano dominante o non ecc.). E molto utile, in fine del libro, una piccola completa rubrica sulla terminologia biologico-ereditaria, contenente termini non ancora molto famigliari ai più.

LEVI BIANCHINI.

57. VIDONI. — Prostitute e Prostituzione — *Lattes, Torino,* 1921.

Primo volume della biblioteca « Problemi Moderni » fondata da Kobylinsky e Vidoni, dedicato alla memoria di Lombroso e portante una prefazione di Morselli.

Il problema della prostituzione come fenomeno di patologia sociale è trattato da VIDONI con particolare competenza: nei suoi elementi della « costituzionalità » e dell' « azione dell' ambiente » che sembrano i due più efficienti: nei vari strati sociali nei quali tutti può esistere, rivestendo forme particolari a seconda dello strato sociale stesso: nelle conclusioni medico-sociali in base a cui la prostituzione dovrebbe venir eliminata da un più attivo intervento di propaganda igienica e morale; da una maggiore regolarizzazione dei bisogni sessuali e della sorte della procreazione.

LEVI BIANCHINI.

58. MALCHOW — La vita sessuale.— *Società Editrice Libraria, Milano,* 1921

Libro profondamente morale, umano, sano. L'amore è non solo una necessità, ma anche un dovere. È nella famiglia che l'amore deve svilupparsi e conservarsi nella sua duplice forma : affetto e senso, come espressione di obbedienza alle leggi della vita e della vita sessuale normale. Precetto santo quanto il Vangelo.

LEVI BIANCHINI.

59. KORNIG. — L' igiene della Castità - *Bocca, Torino* 1921.

Nessuno potrà mai dimostrare che la castità sia dannosa : tutto dimostra quanto dannoso sia l'organismo pubblico della prostituzione ufficiale per la razza e per l' eugenica. La religione predica la castità e senza religione non può esservi freno e potere : la castità del giovane, che lo prepara al matrimonio puro quanto pretende lo sia la donna, costituisce la garanzia più valida della salute della famiglia e quindi dell' umanità. Per fortuna in questo eccellente libriccino non è riferito un certo detto che si attribuisce alla Chiesa: nisi caste, caute.

LEVI BIANCHINI.

66. SARIAN.— Morfinismo e Cocainismo. - Rosenberg e Sellier, *Torino* 1922.

Eccellente libriccino di divulgazione scientifica sulle orribili narcomanie dell' opio e della coca. Il merito maggiore è quello di rendere con misurata efficacia il quadro obbrobrioso dell'avvelenamento prodotto da questi inebrianti ; di offrire una descrizione fedele dei loro morbosi influssi sull' uomo e sulla generazione e di predicare il miglioramento eugenico della società, con la propaganda sociale, morale, e dottrinale.

LEVI BIANCHINI.

61. KRETSCHMER. — Medizinische Psychologie. - *Leipzig, Thieme* 1922

Guida per lo studio della dinamica normale e patologica, emotivo-istintiva che sta a base della condotta, della sua evoluzione, della sua azione e reazione nel mondo reale : specie di Psicopatologia etnica generale o, meglio, di psicologia sociologica basata sulle modalità sostanziali di comportamento del psichismo individuale e collettivo.

Questa opera è una espressione delle tante nuove correnti che dominano e caratterizzano la psichiatria dell' ultima ora, la quale da medica e clinica com' era ristrettamente si è fatta storica, dinamica ed evolutiva. E così va bene : anche se KRETSCHMER, ingegno vivacissimo e irrequieto, parla, talvolta, un po' troppo apoditticamente.

Per dare un' idea del rinnovamento di indirizzi, di spirito, di studio, che si va facendo strada un po' da per tutto, sotto l'influsso, sempre potente se pur denegato, prima della scuola positiva antropologica italiana, poi della scuola psicoanalitica viennese, basterà citare i titoli delle prime quattro parti in cui è diviso il libretto di KRETSCHMER. 1. La psiche e la sua storia evolutiva. 2. gli apparati psichici (meccanismi iponoici e ipobulici) 3. Gli istinti ed i temperamenti. 4. le personalità individuali ed i tipi reattivi con le loro reazioni ecc. ecc.

Del resto, su questo tipo, possiamo citare due altre, interessantissime opere : la prima, di BLEULER, infaticabile : Storia naturale della Psiche e del suo divenire cosciente (Naturgeschichte der Seele und ihres Bewusstwerdens): l'altra della Strasser: Psicologia delle correlazioni, concordanze e rapporti (Psichologie der Zusammenhänge und Beziehungen) edite da Springer *Berlin* 1921, e che saranno a suo tempo qui pure analizzate.

LEVI BIANCHINI.

62. M. de MONTMORAND. — Psychologie des Mystiques catholiques orthodoxes. — *Paris, Alcan*, 1920.

« Dei nevrosici che traggono partito della loro neurosi ed il cui « genio religioso » coesiste con essa e indipendentemente da essa : così si possono definire i mistici originali (creatori) cioè i grandi mistici », come se ne trovano probabilmente in tutte le religioni, fors' anche all' infuori di ogni religione. Ma questa definizione non è esauriente : il mistico cristiano, come quello che ha per scopo essenziale della vita di « unirsi a Dio » deve giudicare la propria nevrosi secondo regole imposte dal di fuori ed alle quali docilmente si sottomette, a quelle cioè della dottrina cattolica che assegna all' intuizione e all' esperienza mistica una parte strettamente definita, precisamente delimitata, e facile a sintetizzarsi nella formola sopra esposta dall' unione con la Divinità. L' ortodossia cattolica concede adunque al misticismo la sua importanza, ma a questa importanza stessa pone dei limiti: ed è saggezza del misticismo ortodosso quella di non oltrepassarli, come è appunto per questo elemento che esso si differenzia dalle scuole mistiche eterodosse.

In altre parole, la fede con la museruola.

LEVI BIANCHINI.

63. MOROSINI. — La soluzione biologica dei problemi del sesso.—*Palermo, Priulla* 1921.

Dottissima trattazione dei problemi attinenti alla determinazione artificiale del sesso ed ai rapporti eredo-biologici intercedenti fra mascolinismo e femminilismo e che dimostra la padronanza eccezionale che l'A. possiede sull' argomento. Secondo Morosini la sessualità sarebbe in ogni caso prestabilita dall' azione metabolica di molteplici circostanze agenti in epoca anteriore a quella che inizia il dimorfismo delle cellule produttrici e la triplice distinzione in forme progamiche, singamiche ed epigamiche non avrebbe per ciò altro valore che quello di giustificare tre aspetti diversi di un fatto sostanzialmente unico. Oltre di ciò la prevalenza del tipo sessuale (maschile, femminile) dipenderebbe esclusivamente da una disuguale proporzione dei materiali nutritivi rispettivamente forniti dall' una e dall' altra cellula sessuale : per cui, intervenendo prima del differenziamento sessuale assunto dall'embrione, cioè modificando il tipo speciale di ricambio ovulare e spermatozoide che formerà poi il sesso dell'embrione, si dovrebbe poter determinare, a volontà d' uomo, l' orientamento sessuale maschile o femminile del prodotto del concepimento. L' A. afferma di essere riuscito sperimentalmente ad ottenere artificialmente il sesso voluto nel 100 % dei casi e promette, a suo tempo, di fornirne le prove.

LEVI BIANCHINI.

64. NICOLLE, CÉSARI, JOUAN. — Toxines et Antitoxines — *Masson , Paris.* 1919.

Limpida esposizione dei risultati più sicuramente acquisiti nella pratica e nel laboratorio sulle tossine e antitossine : molti dei quali sono frutto delle ricerche personali degli Aa. nell' Istituto Pasteur. I primi capitoli descrivono i caratteri principali delle tossine : gli effetti delle tossine solubili e solide ; l' immunità e l' ipersensibilità (importanti a questo proposito le n e u r o t o s s i n e p u r e : veleni dei colubridi, tossine tetaniche, tossine botuliche) ; le « sostanze fondamentali » (cioè quei composti albuminoidei di varia natura che contengono, in seno alle cellule ed agli umori, le tossine stesse) ; anticorpi, anticorpi-tossine. L' ultimo capitolo riassume la concezione generale sulla natura delle tossine e sulla genesi degli anticorpi.

LEVI BIANCHINI.

NEUROLOGIA E PSICHIATRIA

65. ARBEITEN AUS DER DEUTSCHEN FORSCHUNGSANSTALT FÜR PSYCHIATRIE IN MÜNCHEN. - *Springer, Berlin* 1920-1921.

Tre volumi finora apparsi, a dimostrare l'instancabile attività di questo nuovo « Istituto Tedesco di Ricerche Psichiatriche » creato in piena guerra nel 1917 da KRAEPELIN a Monaco ed al quale (udite !) NISSL stesso (la cui immatura perdita ancora ci commuove) era ritornato come capo-reparto, in atto meraviglioso di solidarietà e fedeltà scientifiche ! Una gran parte dei lavori contenuti sono estratti dalla Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie, altri sono per la prima volta pubblicati in questi annali : tutti escono dai laboratorii dell' Istituto. Vi sono aggiunti i resoconti delle sedute scientifiche che l' Istituto tiene periodicamente nella propria sede.

Notevoli, nel 1.° volume i seguenti articoli : KRAEPELIN, « Un secolo di Psichiatria » e « Vie e finalità dell'indagine psichiatrica »; NISSL « Istopatologia e reperti spirochetici »; SPIELMEYER « Cespugli gliali del cervelletto nello stato epilettico »(formazioni gliali identiche per disposizione e forma a quelle osservate nel tifo, nel tifo petecchiale, nella paralisi generale) ; SPATZ « Contributo allo studio della psiche spinale »; KAHN « Sul delirio di rapporto sensitivo di KRETSCHMER e sulla diagnostica polidimensionale ».

Scorrendo la bibliografia del primo lavoro di KRAEPELIN, trovo citato il « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale » di PINEL con la data del 1809. Nei miei dolorosi ricordi di guerra, rammento che un soldatino di Gorizia, giunto ferito al mio ospedale da campo n.° 95, nel luglio 1917 mi offrì in dono un libro francese scoperto nelle rovine del Manicomio di Gorizia, tutto distrutto. Non vi dico la mia emozione quando lessi nella testata il nome di PINEL e la data : anno settimo (od ottavo, non ricordo bene) : cioè il 1799 o 1800 ! Vi diedi una scorsa febbrile, potei appena vedere che già allora PINEL polemizzava con CHIARUGI (le cui cento osservazioni datavano di quattro anni prima) e riposi il prezioso dono nella mia cassetta di ordinanza. Venuta la ritirata dell' ottobre, salvai tutti i miei feriti, tutta la mia truppa, tutto il nostro onore.... ma perdetti PINEL e tanti altri bravi suoi compagni, che dormivano, in attesa di venir destati dai peàna della vittoria. Chissà dove saranno andati a finire !

Nel secondo volume noto : SPIELMEYER « affinità istopatologiche fra malattia di WILSON e Pseudosclerosi » (a proposito della prima cito la recentissima monografia di HALL (La dégénérescence Hépato-lenticulaire, *Masson - Paris*, 1921 per il quale m. di W. e pseudo sclerosi sono invece sinonimi) ; CREUTZFELD « Una particolare malattia del s. n. c a focolaio » (causa ignota, decorso a poussées con remissioni, sintomi corticali dei centri motori sensitivi (spasmi iperalgesie), sintomi psichici amenzialiformi e di eccitamento psicomotorio, decorso progressivo : scomparsa a focolai a tipo non infiammatorio del tessuto corticale con neuronofagia e gliosi riparatrice (con parziale proliferazione vasale : malattia cellulare diffusa non infiammatoria con scomparsa cellulare nella quasi totalità della sostanza grigia) : e dello stesso autore « Dodici reperti istologici di Encefalite epidemica »; KAHN « Costituzione eredo-biologica e psichiatria » ; articolo interessante e importante sui nuovi concetti dei « tipi costituzionali » di « costellazione », « condizione » ecc. secondo BAUER, TANDLER, JOHANNSEN, TENDENLOO, e via dicendo ; MEGGENDORFER « Sull'importanza dell'eredità della paralisi generale ».

Il terzo volume uscito nel giugno 1921, è interamente occupato da un enorme ed esauriente lavoro di SPATZ, corredato da 25 tavole, sui « Processi della sezione spinale sperimentale con speciale riguardo alle diversità di reazione fra tessuto maturo e immaturo, e nei loro rapporti con la patologia umana (porencefalia, siringomielia) lavoro iniziato nella clinica di HEIDELBERG e pubblicato come Ergäzungsband dei geniali « Histologische und Histopathologische Arbeiten ueber die Grosshirnrinde » che cessarono di esistere con la immatura scomparsa dei loro fondatori, NISSL e ALZHEIMER.

LEVI BIANCHINI.

66. STANFORD READ — Military Psychiatry in Peace and War - *Lewis. London* 1920.

Trattazione di psichiatria militare nel senso più stretto della parola. A proposito dell'ultima guerra S. R. conchiude che le condizioni e gli orrori del moderno modo di combattere non hanno generate nuove forme di psicosi ma hanno agito nel senso di modificare e far prevalere certi particolari tipi di reazioni e modalità psicopatiche. L' opera è particolarmente utile ai medici militari, non tutti famigliarizzati con la psichiatria sì di guerra che di pace ed offre interessanti notizie sull' eccellente organizzazione del servizio psichiatrico intra e postbellico in Inghilterra.

LEVI BIANCHINI.

67. POPPELRENTER. — Die psychischen Schädigungen durch Kopfschuss im Kriege 1914-16 - L. Voss, *Leipzig*, 1917-1918. Due volumi.

Studio clinico, psicometrico, sociale sui craniotraumatizzati di guerra. Nel primo volume sono trattati i disturbi della sfera psico-visiva nei feriti occipitali : nel secondo è studiata la perdita di rendimento psichico e di capacità di lavoro nei traumatizzati stessi, in paragone con i normali e con i psiconevrotici. Anche nella valutazione di tali lesioni, agli effetti della pensione di guerra, l'A. è di avviso di liquidare presto ed equamente, trattando i feriti di guerra alla stessa stregua degli infortunati sul lavoro. Conclusione pratica ed ormai consacrata dall' esperienza come la migliore salvaguardia delle interminabili neurosi traumatiche e dei disturbi loro affini. Si può confrontare utilmente a tale proposito anche la bella monografia di LAIGNEL LAVASTINE e COURBON : Les accidentés de la guerre. (Baillière, Paris, 1919).

LEVI BIANCHINI.

68. GELB U. GOLDSTEIN. — Psychologische Analysen Hirnpathologischer Fälle. *J. A. Bartk, Leipzig* — 1920 *Volume* 1.°.

Primo e finora unico volume. Ricerche sui craniotraumatizzati di guerra, dedicate sostanzialmente ai disturbi ottici, già pubblicate separate in vari archivi e condotte nello « Istituto per lo studio delle sequele tardive delle ferite craniche » a Francoforte sul Meno. Sono dirette in senso particolarmente psicofisiologico in rapporto al senso specifico della vista ; alla sua interdipendenza con gli altri apparati sensoriali (tattili in ispecie) : ed alla proiezione somato-psichica dei vari giudizi di superficie, rappresentazione tattile, volumetrica dei corpi ecc.

LEVI BIANCHINI.

69. MARIE, FROMENT ecc. — Neurologie. — Maloine, *Paris*, 1921, 2 *volumi*.

Due volumi (5.° e 6.°) del Traité de Pathologie et de Therapeutique del SERGENT, RIBADEAU, DUMAS, BABONNEIX, dedicati alla Neuropatolo-

gia. (v. per la Psichiatria, questo Archivio, fasc. 1.° pag. 99). Il primo volume comprende le affezioni degli emisferi (afasie, emiplegie, sindromi striate, encefalite letargica ecc.), le sindromi bulbari, protuberanziali, peduncolari, cerebellari, i tumori cerebrali, le affezioni midollari, radicoliti, meningiti acute, emorragie meningee, meningiti croniche e non so quanto a proposito le epilessie. Il secondo volume comprende i capitoli delle paralisi dei nervi motori, algie ed emicranie, polinevriti, lesioni vascolari dell' encefalo e midollo, mielopatie famigliari, vertigine, ecc. con una trattazione larghissima dell' isteria, dei disturbi riflessi e della neurologia di guerra. L' ultimo capitolo, chirurgia del sistema nervoso, è dovuto a MARTEL, il competentissimo autore della Chirurgie de guerre (Masson, Collection Horizon, Paris).

Anche in questo trattato, come in quello sopra accennato di Psichiatria, prevale un sano eccletismo, sia nella classificazione delle sindromi che nella disposizione del materiale.

LEVI BIANCHINI.

70. HALL. La dégénérescence hépato-lenticulaire (maladie de Wilson-pseusclérose) – *Masson, Paris* 1921.

Lo studio dei gangli centrali apre la nuova era di successione a quello delle circonvoluzioni quasi così come, dopo la grande guerra, due colossi politici e geografici dovettero lasciar nascere e staccarsi dalla loro ipertrofica vagina, i nuovi liberi staterelli dell'Europa centrale e nordica.

Certo non si può accettare, a priori, la parte preponderante che le attuali tendenze scientifiche vorrebbero attribuire al nucleo lenticolare : nè ammettere con HALL che, prossimissime per sede ganglionare stiano, oltre alla malattia di WILSON e alla pseudosclerosi di WESTPHAL-STRUMPELL, nientemeno che la corea di HUNTINGTON, l' a t e o s i d o p p i a e il PARKINSON. Riteniamo con PIERRE MARIE che pone alla bella monografia di HALL una lusinghiera prefazione, che le sole lesioni del nucleo lenticolare non siano sufficienti a creare il tipo morboso della degenerazione epato-lenticolare, ma che vi occorra qualcosa di più, forse una lesione encefalica – ed è questo il quid ancora ignoto — quando si pensi che lesioni distruttive e massive del n. l. spesso anzi dei due nuclei quali le ben note lacune di disintegrazione, dànno una sindrone tanto differente e differenziabile, ma ancora tanto lontana da quella.

E ricordiamo poi come fin dal 1914 il nostro DE LISI abbia dato la prima e più completa monografia in Italia, sulla curiosa forma morbosa (Rivista di patologia nervosa e mentale 1914), con un reperto anatomopatologico accuratissimo.

Non è privo d' interesse sapere infine, che HALL ebbe occasione, in qualità di aiuto all' Ospedale di Oringe, di conoscere e sezionare insieme a WILSON, il primo caso della sindrome che da lui prese poi il nome.

LEVI BIANCHINI.

71. ANDRÉ THOMAS. — Le reflexe pilomoteur – *Mzsson, Paris* 1921.

Il riflesso pilomotore encefalico (così chiamato da A. T. per differenziarlo dall' omonimo spinale, il quale si produce nel segmento sublesionale in casi di interruzione di conduzione) appartiene al gruppo dei riflessi della vita organica o vegetativa e sta sotto la diretta dipendenza del simpatico, innervatore del pelo. Si studia sotto tre forme principali : r. pilomotore pror. detto, r. mamillo-areolare, r. scrotale. Non ha nulla a che fare ne è in alcun modo comparabile adunque ai riflessi più comunemente ricercati in clinica neurologica, quali i tendinei, periostei, cutanei, pupillari, ed è studiato con ammirabile acutezza nella sua genesi fisiologica e nelle sue manifestazioni patologiche in tutte le più gravi mielo-e simpaticopatie.

LEVI BIANCHINI.

72. Singer.—Leiftaden der Neurologischen Diagnostik—Urban und Schwarzenberg - *Berlin, Wien* 1921.

Singer vuol insegnare come dal riconoscimento, dall' apprezzamento e dalla esatta delimitazione di un sintomo conduttore o di un complesso sintomatico dominante si può giungere ad una conclusione diagnostica completa e ad una conoscenza differenziale fra due diagnosi affini. Per ciò offre una esposizione piana e ristretta di quanto occorre specialmente allo studente ed al medico pratico, per giungere al sopracennato obbiettivo. Guida neurologica adunque, bene organizzata, a partire dalle paralisi ed altri disturbi di moto, passando ai disturbi sensitivi, muscolari, della reflettività, dell' andatura, ai crampi e tremori, alle neuralgie, alle vertigini e finendo con le alterazioni della coscienza, del linguaggio, della sfera visiva, con le sofferenze nervose delle malattie interne e con la nervosità delle psiconeurosi e delle psicosi di frontiera.

Levi Bianchini.

73. Albrecht.—Der anethische Symptomenkomplex,—*Berlin, Karger* 1921.

Complesso sintomatico anetico (o amorale). Formola non molto originale e contenuto nemmeno: per quanto la trattazione sia modernissima, brillante e dotta.

« I disturbi di orientamento nello spazio sociale che si manifestano con la forma di azioni morbosamente anetiche (amorali) si possono ricondurre nella maggior parte dei casi ad alterazioni patologiche nell' evoluzione della reattività individuale totale, i cui elementi (modificazioni della predisposizione basale e dell' emotività, esagerazione della vita istintiva e del senso dell' « Io », reazioni negativistiche) possono venir sintetizzati nella formola « complesso sintomatico anetico ». Questa la definizione riassuntiva dell' autore.

Levi Bianchini.

74. Pfeifer. — Das menschliche Gehirn (mach seinem Aufbau und seinen wesentlichen Leistungen). — *Lepzig, Engelmann* 1920, *Terza edizione.*

Il cervello umano, secondo la sua evoluzione strutturale e le sue funzioni specifiche. Esposizione elementare lucida, piena di ordine, interessante, opera veramente didattica, quale può esser fatta da un degno allievo di Flechsig e con l' uso di un materiale enorme e selezionato. Caput primo: topografia e anatomia macroscopica del nevrasse. Secondo: anatomia microscopica. Terzo: piano strutturale e architettonico del cervello umano in rapporto alle funzioni psichiche. Quarto: esempi di analisi psicofisiologica delle funzioni cerebrali: afasie, anopsie, discinesie, dati dell' anatomia comparata e della mielogenesi: citoarchitettonica corticale in rapporto alle funzioni psichiche. Quinto: prolungamento dei nervi nel sistema nervoso periferico e vie associative fra cervello e midollo.

Levi Bianchini.

75. Schroeder. — Einführung in die Histologie und Histopathologie des Nervensystems — *Jena, Fischer,* 1920, *Seconda Edizione.*

Otto lezioni sulla istologia normale e patologica del sistema nervoso centrale. Parte normale: cellule gangliari, neurofibrille, teoria del neurone, fibre nervose, nevroglia, vie sanguigne e linfatiche, istogenesi del tessuto nervoso. Parte istopatologica: colorazioni elettive; principali tipi di malattia cellulare secondo Nissl, alterazioni della nevroglia, delle pareti vasali e del tessuto congiuntivo, delle fibre nervose. L' ultima lezione è dedicata

ad alcuni complessi istopatologici (tipi ecto-e mesodermali, processi riparativi nelle emorragie e nei rammollimenti), al problema delle Körnchenzellen ed a quello tanto discusso della infiammazione cellulare. La monografia, fondamentale per ogni principiante e utile a tutti gli esperti, rispecchia molte delle idee di NISSL, di cui Schroeder si professa apertamente seguace: ed è corredata da dieci tavole le cui figure sono in parte originali e in altra parte prese dai lavori più importanti di NISSL, ALZHEIMER, BETHE, BIELSCHOWSKY, HELD.

LEVI BIANCHINI.

76. EDINGER. — Einführung in die Lehre vom Bau und den Verrichtungen des Nervensystems — *Lepzig I. F. W. Vogel* 1921 3.ª *edizione.*

Terza edizione della classica opera di EDINGER curata, dopo la sua morte, da GOLDSTEIN e da WALLENBERG e mantenuta inalterata. È una delle più preziose guide che ancora oggi possediamo per gettare rapido sguardo d'insieme sulla embriogenesi ed evoluzione della cellula nervosa dai primi giorni dell'embrione alla maturazione mielo-cito architettonica definitiva del pallium e sulle correlazioni che intercedono fra struttura dei segmenti neurassiali e loro rispettive attività funzionali normali e patologiche.

LEVI BIANCHINI.

77. KARPLUS. — Variabilität und Vererbung am Zentralnervensystem des Menschen und einiger Säugetiere — *Wien, Deuticke* 1921.

Ricerche su famiglie di uomini, scimie, gatti ecc. con particolare riferimento al sesso ed all'evoluzione, per scoprire anche riguardo alla morfologia del nevrasse leggi e forme dell'ereditarietà bio-patologica. Ricerche naturalmente appena iniziate, ma ricche di promesse; si è già potuto dimostrare ad esempio che esiste una ereditarietà – diciamo così – cerebromorfologica delle circonvoluzioni nell'uomo, mentre essa sembra invece non esistere nella scimia (macacus): che fra maschio e femmina, nell'uomo esistono rapidità e varietà di accrescimento e di sviluppo delle scissure dipendenti dal sesso che non si osserverebbero invece nei carnivori, ed altro.

LEVI BIANCHINI.

78. MANNING CHILD. — The Origin and Development of the Nervous System — The University of Chicago Press. Chicago 1921.

Embriogenesi e sviluppo del neurasse con particolare riguardo all'evoluzione delle correlative attività e caratteristiche biofisiologiche.

LEVI BIANCHINI.

79. EMERY. — Le traitement actuel de la Syphilis — *Paris Baillière* 1921.

Frutto di larghissima esperienza personale e critica obbiettiva dei risultati. Così le famigerate n e u r o r e c i d i v e, lungi dall'attribuirsi agli arsenobenzoli, non sono che riattivazioni di focolai nervosi del treponema, profondamente indovati e sono dunque accidenti sifilitici belli e buoni e debellati da un nuovo trattamento. La terapia arsenobenzolica dà ottimi risultati nelle donne gravide sifilitiche e il vecchio 606 è forse ancora il migliore di tutti i suoi successori: la tabe è suscettibile di notevoli migliorie dalla arsenobenzoloterapia, non così la paralisi generale, salvo casi di assoluta eccezione: le forme secondarie recidivanti e ribelli rivelano la sifilide a orientamento nervoso, contro la quale il trattamento specifico non sarà mai abbastanza lungo e mai abbastanza intenso.

LEVI BIANCHINI.

80. BENEDEK UND PORSCHE. — Ueber die Entstehung der Negrischen Körperchen. - *Berlin, Karger* 1921.

Tre metodi di colorazione usati. Il primo oltre ad una netta colorazione dei corpuscoli del NEGRI rivela chiaramente i componenti del protoplasma e del nucleo: il secondo mette in maggiore evidenza la zona marginale, specie nelle forme piccole e di passaggio: il terzo rivela la struttura interna dei corpuscoli fino alle minime loro inclusioni omogenee. In conclusione gli Aa. ritengono che le forme tipiche dei corpuscoli di NEGRI derivano da alterazioni strutturali dei nucleoli: le piccole inclusioni omogenee che in essi si trovano si originano con tutta verosimiglianza dalle zolle acido e basofile sospese nella sostanza nucleare.

LEVI BIANCHINI.

81. BANDETTINI DI POGGIO. — Rapporti fra il sistema nervoso e le ghiandole a secrezione interna. — *Genova, Tipografia della Gioventù* 1921.

Ampia e diligente trattazione dell' interessante argomento. Le idee personali dell' A. circa il rapporto fra secrezioni interne e sistema nervoso sono riassunte nelle seguenti conclusioni: « Fisiologicamente il sistema delle ghiandole a secrezione interna provvede alla regolazione della funzione di tutte le cellule dei tessuti dell' organismo e quindi anche delle cellule nervose ed assicura tra sistemi di cellule, di tessuti e di funzione una coordinazione tale da determinare il perfetto formarsi e svolgersi di tutti i fenomeni più complessi. Patologicamente il sistema delle ghiandole a secrezione interna determina, in rapporto al tipo dalla sua alterazione, (per lo squilibrio generatosi nella situazione ormonica originaria invididuale) modificazioni nelle attività di cellule, di tessuti, tra cui il tessuto nervoso, e nella coordinazione di sistemi e di funzioni, per modo che ne insorgono complessi disordini nel determinismo di svariati fenomeni biologici. Il sistema nervoso e il sistema ormoendocrino ghiandolare hanno a comune, oltre azioni semplici ed elementari su cellule e tessuti, per mezzo di esse stesse, funzioni e fenomeni complessi a carattere e a natura biologica. È naturale e facile che, nella alterazione sì dall'uno che dall' altro sistema, comunque determinatasi, risulti una fisonomia clinica, che ha apparenza di speciali e particolari rapporti, che in realtà possono non esistere , e la quale solo è espressione, estrinsecazione e significato della specifica importanza fisiologica che singolarmente hanno sia il sistema nervoso che il sistema endocrino-ghiandolare.

Si comprende perciò l' intreccio patologico delle ghiandole a secrezione interna e del sistema nervoso, specie nell' ontogenesi (senza necessità di presumere speciali rapporti fisiologici e sopratutto patologici tra i due sistemi), se, riferendoci alla specificità biologica che i due sistemi hanno nell' organismo, consideriamo talune malattie di essi come patologia della vita dell'organismo e non come patologia di un semplice e comune organo e tessuto. Tutto ciò dimostra quanto sia giusto valutare o meglio valorizzare rispetto al sistema nervoso, sia dal lato fisiologico che patologico, non l'influenza isolata di una ghiandola endocrino ormonica, ma l' influenza della situazione ormonica, tenendo anche conto della formula originaria individuale.

LEVI BIANCHINI.

PREMIER CONGRES INTERNATIONAL D' HYGIÈNE MENTALE

(Paris, premier-quatre Juin 1922)

Organisé par la Ligue françaie de Prophylaxie et d' Hygiène mentales sous le haut patronage de M. le President de la Republique française.

La Ligue de Prophylaxie et d' Hygiene mentales, créée à Paris en decembre 1920, a réussi à susciter en France un mouvement d' opinion dont les conséquences se manifestent chaque jour, tant au point de vue de l' assistance des psychopathes qu' à celui des questions juridiques, pédagogiques, industrielles et sociologiques liées au progrès de l' hygiène et de la prophylaxie mentales. Parallèlement, nous voyons se fonder en de nombreux pays des organisations suivant la même voie où nous avait précédés le *Comité national pour l' Hygiène mentale des Etats-Unis.*

Il nous a semblé nécessaire que fussent coordonnés les efforts en vue de la constitution d'un corps de doctrines générales susceptibles ensuite de se plier aux conditions particulières inhérentes à chaque nation. C'est pourquoi, sur l' initiative de la Ligue, se tiendra à Paris, du ler au 4 Juin, le premier Congrès International d' Hygiène mentale, où sont conviés les représentants de toutes les nations alliées et amies.

Des thèmes de discussion, d' un caractère très général, ont été élabores. Ils s' adressent à tous ceux dont la charge est de dresser, utiliser ou secourir l' esprit humain. C' est dire quelle contribution peut être apportée par ceux que ne laisse pas indifférents le rendement social de l' organisation dont ils font partie.

THEMES DE DISCUSSION

I. **Les principes généraux qui doivent régir l' assistance des psychopathes. Exposé du D.r Antheaume** (de Paris).
II. **La sélection des travailleurs dans ses rapports avec l' Hygiène mentale. Exposé M. Lahy** (de Paris).
III. **Les méthodes d' Education et la Psychologie appliquée. Exposé du professeur Claparède** (de Genève).
IV. **Entente internationale pour les recherches scientifiques en rapport avec l' hygiène mentale. Exposé du professeur Rabaud** (de Paris).
V. **L' Hygiène mentale dans la famille. Exposé du D.r Toulouse** (de Paris).

Le Congrès durera quatre jours, du ler au 4 Juin inclus. Les trois premiers jours seront consacrés à l' exposé des thèmes de discussion, avec les conclusions et voeux qui en découlent; le quatrième jour auront lieu les communications d' Hygiène mentale, dont les auteurs auront pris soin de demander l' inscription.

Le prix de la souscription est fixé à 25 francs pour les membres titulaires, qui prennent part aux discussions et communications; et à dix francs pour les membres adhérents, qui sans participer activement aux travaux et aux discussions, désirent assister éventuellement aux assemblées générales et manifester par leur adhésion le bienveillant interêt qu' ils témoignent à la grande oeuvre sociologique entreprise.

La liste du comité de patronage français a été publiée; celle des comités étrangers sera communiquée ultérieurement.

Adresser les correspondances relatives aux thèmes de discussion et communications, au Secrétaire général, D.r Genil-Perrin, I rue Cabanis, Paris XIV, et les adhésions et envois de souscriptions au Trésorier, D.r Dupain, I rue Cabanis, Paris XIV.

Envoi du programme détaillé sur demande.

Pour le Comité d' Initiative et d' Organisation

Le Président: **E. Toulouse** Le Directeur général: **A. Antheaume**

SOMMARIO DEI LAVORI ORIGINALI PUBBLICATI NEL VOLUME II
ANNO II. – 1921.

INDICE DEGLI AUTORI

(I nomi e numeri in grassetto indicano i lavori originali)

INDICE DELLE MATERIE

M. LEVI BIANCHINI DIRETTORE RESPONSABILE

